

Universidade Federal de Santa Catarina  
Programa de Pós-Graduação em  
Engenharia da Produção

Rosemary Pereira Costa

**INTERDISCIPLINARIDADE E EQUIPES DE SAÚDE:  
UM ESTUDO DE CASO**

Dissertação de Mestrado

Florianópolis

2002

Rosemary Pereira Costa

**INTERDISCIPLINARIDADE E EQUIPES DE SAÚDE:  
UM ESTUDO DE CASO**

Dissertação apresentada ao  
Programa de Pós-Graduação em  
Engenharia de Produção da  
Universidade Federal de Santa Catarina  
como requisito parcial para obtenção  
do grau de Mestre em  
Engenharia de Produção

Orientador: Prof. Francisco Antônio Pereira Fialho, Dr.

Florianópolis  
2002

#### Ficha Catalográfica

COSTA, Rosemary Pereira

Interdisciplinaridade e equipes de saúde: um estudo de caso / Rosemary Pereira Costa. – Florianópolis: UFSC, 2002  
XII, 102 P.

Dissertação: Mestrado em Engenharia de Produção ( Área: Psicologia das Organizações) – Universidade Federal de Santa Catarina.

Orientador: Francisco Antônio Pereira Fialho

1. Interdisciplinaridade 2. Saúde Pública 3. Equipes de Saúde

I. Título II. Autor III. Universidade Federal de Santa Catarina

Rosemary Pereira Costa

## **INTERDISCIPLINARIDADE E EQUIPES DE SAÚDE: UM ESTUDO DE CASO**

Esta Dissertação foi julgada e aprovada para a obtenção do título  
de **Mestre em Engenharia de Produção no Programa de Pós-  
Graduação em Engenharia de Produção da Universidade Federal de  
Santa Catarina**

Florianópolis, 20 de dezembro de 2002.

Prof. Ricardo Miranda Barcia, Ph.D.  
Coordenador do Programa

### **BANCA EXAMINADORA**

---

Prof. Francisco Antônio Pereira Fialho, Dr.  
**Orientador**

---

Prof.<sup>a</sup> Aracy Hack Catapan, Dr.<sup>a</sup>

---

Prof.<sup>a</sup> Mirian Loureiro Fialho, Dr.<sup>a</sup>

***Para***

***Noemia***, por sua paciência maternal e  
crença infinita em minha capacidade de  
realização, o que me impulsiona sempre a  
buscar novos caminhos.

***José Marcelino (in memoriam)***, pelo  
legado de honestidade e coragem para lidar  
com as vicissitudes da vida.

***Sônia e Dalva***, pela presença e apoio  
constantes.

## ***Agradecimentos***

A Deus, pela vida e minha possibilidade criativa.

Ao meu orientador, Prof. Francisco Antônio Pereira Fialho, Dr. , pela presença amiga e acolhida carinhosa de minha proposta de trabalho. Obrigada pela compreensão de meus tempos de ver, elaborar e concluir.

Ao Prof. Salustiano Alvarez, Ms.; à Psicóloga Gislene Rocha e à Pedagoga Rosely Costa Campos pela leitura atenta e comentários do texto.

Ao Prof. Jairo Veloso Vargas pela revisão de Português.

Ao Instituto Izabela Hendrix e à Universidade Federal de Santa Catarina, pela democratização de formas inovadoras de ensino que me possibilitaram realizar o Mestrado.

À Diretoria da Caixa de Assistência dos Funcionários do Banco do Brasil – CASSI, que contribuiu com minha liberação de carga horária para a realização deste estudo.

Aos gestores da Secretaria Municipal de Saúde do Município de Contagem que acolheram a proposta e abriram espaço para a realização do trabalho de campo.

Aos trabalhadores de saúde dos serviços estudados pela confiança e disponibilidade em dividir comigo suas reflexões sobre suas práticas.

Aos meus pais, por acreditarem no poder transformador da educação e não medirem esforços para nos possibilitar acesso à educação de boa qualidade.

A Renato, Sônia, Dalva, Rosilene, Rosely e Magdalena, pela possibilidade de aprender a cada dia com eles.

Às Psicólogas Herilda Pinto Coelho, Leonor Natividade e Gislene Rocha, pelo convívio e partilhas durante o Mestrado.

Aos amigos e colegas de trabalho, pelo constante incentivo.

A todos aqueles que, de maneira direta ou indireta, contribuíram para a realização deste trabalho.

*“É preciso adquirir o espírito de  
fênix – do morrer para renascer  
das cinzas. Ser fênix ou  
interdisciplinar é permitir-se a  
transmutação, é ver na história a  
possibilidade de recriação.”  
( Fazenda, 1998: 133)*

## **Resumo**

COSTA, Rosemary Pereira. **Interdisciplinaridade e Equipes de Saúde: um estudo de caso**. 2002. 102f. Dissertação (Mestrado em Engenharia da Produção) – Programa de Pós-graduação em Engenharia de Produção, UFSC, Florianópolis.

O presente estudo visa indagar sobre a existência de trabalhos interdisciplinares no interior das equipes de saúde em dois Centros de Saúde do município de Contagem – Minas Gerais.

Tomamos como referencial teórico os estudos sobre o processo de trabalho em saúde, a formação de equipes neste processo e a interdisciplinaridade no campo da Saúde Pública.

A pesquisa empírica baseou-se na proposta de estudo de caso, conforme orientação de Yin.

Os dados analisados a partir do referencial teórico proposto, nos apontaram as dificuldades de definição de interdisciplinaridade pelos profissionais e a conseqüente distorção que esta dificuldade acarreta na prática das ações.

Conclui-se que a interdisciplinaridade apesar de fundamental no resgate da complexidade do objeto da saúde, ainda é um projeto em construção no campo da Saúde Pública.

**Palavras chave: interdisciplinaridade; equipes de saúde; saúde pública**



## **Abstract**

COSTA, Rosemary Pereira. **Interdisciplinaridade e Equipes de Saúde: um estudo de caso**. 2002. 102f. Dissertação (Mestrado em Engenharia da Produção) – Programa de Pós-graduação em Engenharia de Produção, UFSC, Florianópolis

The present study aims at to inquire on the existence of work task in the interior of the teams of health in two ranks of health of the Contagem counting city – Minas Gerais .

To take as referential theoretician the study on the process of work in health, the formation of teams in this process and to follow an organized model in the field of the health publishes.

The empirical research was based on the proposal of case study, as orientation of Yin.

The data analyzed from the considered theoretical referential, in them had pointed the difficulties of definition for the professionals and the consequent distortion that this difficulty causes practices of the actions.

The model to proceed is concluded that although basic in the rescue of the complexity of the object of the health, still and a project in construction in the field of the health publishes.

**Key-words:** interdisciplinarity, teams of health, Public health.

## Sumário

Resumo -----	p.7
Abstract -----	p.8
Sumário -----	p.9
Lista de Quadros -----	p.11
Lista de Tabelas -----	p.12
1 INTRODUÇÃO -----	p.13
1.1 Contextualização do problema -----	p.13
1.2 Objetivos -----	p.16
1.2.1 Objetivo geral -----	p.16
1.2.2 Objetivos específicos -----	p.17
1.3 Hipóteses gerais e variáveis -----	p.17
1.3.1 Hipóteses -----	p.17
1.3.2 Variáveis -----	p.17
1.4 Justificativa -----	p.17
1.5 Estrutura do trabalho -----	p.18
2 REVISÃO DO REFERENCIAL ANÁLÍTICO - EXPLICATIVO -----	p.20
2.1 O trabalho em saúde -----	p.20
2.2 O trabalho em equipe em saúde -----	p.28
2.3 Interdisciplinaridade no trabalho em equipe de saúde -----	p.32
2.3.1 Delimitação de conceitos -----	p.33
2.3.2 Interdisciplinaridade e saúde -----	p.40
3 CAMINHO METODOLÓGICO -----	p.43
3.1 Caracterização da região de estudo -----	p.44
3.1.1 Centro de Saúde -----	p.46
3.2 Coleta de dados -----	p.47
3.3 Público alvo -----	p.49
3.4 Análise dos dados -----	p.50
4 APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS -----	p.53
4.1 Conhecendo os profissionais e seu contexto institucional -----	p.53
4.2 Interdisciplinaridade e equipe de saúde -----	p.69
4.2.1 Concepção de interdisciplinaridade na visão dos profissionais -----	p.69

4.2.2 Existe trabalho interdisciplinar nas equipes?-----	p.73
4.2.3 Interdisciplinaridade: pontos positivos X pontos negativos -----	p.77
4.2.4 Obstáculos à interdisciplinaridade -----	p.79
4.2.5 Fugindo do confinamento profissional - a busca da interdisciplinaridade -	p.83
5 CONCLUSÃO -----	p.85
5.1 Sugestão para futuros trabalhos -----	p.89
6 REFERÊNCIAS -----	p.90.
APÊNDICE A – Roteiro de entrevista realizada com coordenadores da Secretaria Municipal de Saúde e gerentes de Postos de Saúde -----	p.94
APÊNDICE B – Roteiro de entrevista com os profissionais de Saúde-----	p.96

## **Lista de Quadros**

Quadro 1: Níveis de inter-relação entre as disciplinas -----	p. 35
Quadro 2: Caracterização dos profissionais entrevistados -----	p. 52

## **Lista de Tabelas**

Tabela 1: Elaboração de trabalho científico pelos profissionais -----	p. 54
Tabela 2: Existência de trabalho coletivo nas instituições -----	p. 55
Tabela 3: Existência de reuniões multidisciplinares nas instituições -----	p. 59
Tabela 4: Predominância de trabalho na equipe -----	p. 61
Tabela 5: Integração da equipe por grau de incidência -----	p. 66
Tabela 6: Atendimento ao paciente por grau de prioridade -----	p. 66
Tabela 7: Atividades realizadas por percentual de incidência -----	p. 67
Tabela 8: Existência de planejamento das ações nas instituições -----	p. 68
Tabela 9: Existência de práticas interdisciplinares nas equipes -----	p. 74

# 1 – INTRODUÇÃO

## 1.1 – Contextualização do Problema

A experiência como profissional de Psicologia em instituições públicas de nível primário foi um dos fatores que desencadearam os questionamentos da presente pesquisa. A inquietação com o lugar ocupado pela Psicologia nessas instituições e na equipe multiprofissional direcionaram este estudo para a Saúde Pública. Assim percebemos que a Psicologia não habitava sozinha o lugar extimo que lhe era dado ou que ela construiu desde sua entrada nesse campo.

O chamado a ser clínica de “apoio” ou a participar de programas cunhados a partir de uma visão biomédica era algo que incomodava a muitos profissionais. Questionamos se essa seria a única forma de fazer o trabalho em saúde acontecer, uma vez que, nessa lógica, os projetos nunca prosperavam (por desmotivação dos profissionais ou não aderência dos pacientes, talvez ocasionada pelo primeiro fator). As indagações sobre o trabalho em equipe e sobre a tão propagada interdisciplinaridade nessas equipes era inevitável. Por que estes conceitos não se transformavam em prática se já faziam parte do discurso dos profissionais e das instituições? Este trabalho é fruto dessas indagações.

Para buscar responder a essas questões, é necessário perceber que o “fazer” em saúde, e mesmo a representação da saúde e do adoecimento, estão diretamente condicionados pelo momento histórico, pelo modo de produção e cultura de um povo.

Verifica-se que a representação do processo saúde-doença evoluiu: de um pensamento mágico - as doenças eram castigo dos deuses - passando pela concepção mecanicista do homem – este visto somente como um corpo biológico, chegou à sociedade contemporânea com esse homem contextualizado, a saber, o social também é determinante desse processo. Podemos reafirmar que o surgimento da doença, como observa Rosen (1994), não é fruto do acaso. Ela tem determinações (modo de vida, faixa etária, profissão, desenvolvimento científico, fatores psicológicos, culturais, etc.), insere-se no social e influi nas relações dos sujeitos. É, também, um fenômeno social, devendo ser encarado como tal.

Outro ponto a ser ressaltado nessa concepção é a forma processual que assumem o adoecimento e a saúde. Eles não são processos estanques. São interligados por nexos causais. Poderíamos, aqui, nos aventurar e utilizar a imagem de rede<sup>1</sup> (forjada por Lèvy para explicar a aquisição do conhecimento). Essa teoria nos coloca diante do fato de que, ao trabalharmos uma questão, sempre nos deparamos com o encontro de outros links, que nos remeterão adiante sucessivamente. Dessa forma, trabalhar a questão do processo saúde-doença, hoje, seria atar e desatar diversos nós, como: condições de vida, modo de produção, avanço científico, questões psicológicas, ideológicas, as representações do corpo, etc.

Percebemos que, ao longo dos tempos, as tentativas de desatar esses nós levaram à construção de práticas assistenciais e sistemas de saúde característicos. Assim os elementos, a quem cabiam os cuidados de saúde, a divisão dessas tarefas, a apropriação dos conhecimentos sobre a saúde e sua transmissão foram-se modificando continuamente.

Nas sociedades nômades e tribais, as doenças tinham um cunho mágico-religioso e eram tratadas por práticas ritualísticas realizadas por sacerdotes ou feiticeiros, não existindo divisão de trabalho formal (Rosen, 1994; Pires, 1996; Costa, 1998).

Na Grécia - séc VII a.C. - a curiosidade acerca do mundo físico supera a visão mágica do mundo (Rosen, 1994). Surge a figura do médico, que também era um filósofo natural e objetivava não só cuidar dos problemas de saúde, como também entender a relação homem – natureza. Entendiam as doenças como um desequilíbrio dessa relação.

A Idade Média trouxe avanços para a assistência à saúde. Embora a doença fosse ainda representada como possessão pelos pagãos e purificação e expiação pelos católicos, a prática assistencial cresce e se especializa, sendo realizada por vários agentes – membros do clero e leigos (estes, principalmente a partir do séc. XI).

O surgimento dos hospitais também data dessa época e promove o trabalho em saúde ao estatuto de trabalho coletivo. A assistência é o produto deste trabalho coletivo, que é controlado pelos médicos.

---

<sup>1</sup> Anotações de aulas ministradas pelo Professor Francisco Antônio Pereira Fialho na disciplina Psicologia Cognitiva, no curso de Pós – graduação em Engenharia de Produção – UFSC – 2000.

Se dermos um salto histórico, perceberemos que essa caracterização da organização dos serviços de saúde na Idade Média continua visível na atualidade.

A hegemonia do poder médico se consolida, ainda que outras profissões (enfermagem<sup>2</sup>, fisioterapia, psicologia, terapia ocupacional, fonoaudiologia<sup>3</sup>, etc) venham a se agregar ao trabalho em saúde no século XX, principalmente a partir da década de 1960.

Analisando esse movimento, Peduzzi (1998) aponta uma verticalização dos conhecimentos, uma maior divisão do trabalho e a marcante fragmentação das ações em saúde.

No Brasil, principalmente a partir da década de 1970, percebemos um maior incentivo à formação de equipes multiprofissionais. Esse incentivo, além de atender ao cunho racionalista das políticas de saúde desse período, tinha a visão das equipes como forma de enfrentamento da ampla especialização no campo da saúde, gerando ações integradas.

Diversos autores (Campos, 1992 –1997; Pires, 1996; Peduzzi e Schraiber, 1994), ao analisarem as equipes multiprofissionais, no entanto, percebem que elas reproduzem as questões anteriormente mencionadas, não se efetivando como estratégia de recomposição da fragmentação das ações em saúde.

Peduzzi (1994) afirma:

“A proposição do trabalho em equipe mantém-se, sobretudo, no plano da retórica e das intenções, havendo nas dimensões concretas das práticas de saúde apenas uma justaposição de trabalhos realizados por um agregado de agentes” (apud Peduzzi e Schraiber, 1998:5).

Essa forma de trabalho como salienta Campos (1997), aliena o trabalhador de saúde e o separa de sua obra. Esta, entendida pelo autor como o reconhecimento do trabalhador, do cliente e da sociedade do resultado do trabalho.

Diante dessa realidade, indagamo-nos sobre uma forma possível de as equipes construírem algo novo em seu interior que possibilite intervir na sua própria fragmentação e também religar trabalhador e obra num processo de desalienação. Deparamo-nos com a interdisciplinaridade, entendida aqui como a observa Mourão

---

<sup>2</sup> A inserção da enfermagem na equipe de saúde se deu antes do século XX. Segundo Pires (1996), a partir de 1860 essa prática já começa a se consolidar.

<sup>3</sup> A fonoaudiologia teve sua regulamentação na década de 1980.



(2000:2) ao trabalhar a questão da inserção do Serviço Social nas equipes de saúde mental:

“A interdisciplinaridade é estrutural, havendo reciprocidade, enriquecimento mútuo, com uma tendência à horizontalização das relações de poder entre os campos implicados. Exige a identificação de uma problemática comum, com o levantamento de uma axiomática teórica e de uma plataforma de trabalho conjunto, colocando-se em comum os princípios e os conceitos fundamentais, esforçando-se para uma decodificação recíproca da significação, das diferenças e convergências destes conceitos. (...) não se efetua por simples adição ou mistura, mas por uma recombinação dos elementos internos”.

Algumas questões surgiram a partir desta proposição: sabendo-se que a prática nos serviços de saúde se faz, em sua maioria, pelo viés multidisciplinar (Campos, 1997; Vasconcelos, 2000; Pires; 1996; Peduzzi, 1998), mas com profissionais trabalhando de forma isolada e segmentada, perguntamo-nos qual o lugar reservado à interdisciplinaridade nas equipes de saúde. Ela existe nas equipes? Como é entendida e trabalhada pelos profissionais?

Com base nessas interrogações, configuramos nossa questão de pesquisa: Como as equipes<sup>4</sup> multiprofissionais nos Centros de Saúde trabalham a interdisciplinaridade?

A partir dessa questão, se desenvolveu um estudo de caso, com abordagem qualitativa, junto a equipes multiprofissionais de saúde lotadas em dois Centros de Saúde da rede pública do Município de Contagem, Minas Gerais.

## **1.2 - Objetivos**

### **1.2.1 – Objetivo Geral**

Investigar qual concepção os profissionais de saúde, que atuam em equipes multiprofissionais nos Centros de Saúde, têm sobre a interdisciplinaridade e o impacto dessa concepção nas ações realizadas pelas equipes.

---

<sup>4</sup> Neste trabalho concebemos equipe como um processo de inter-relação que possibilita a produção de vínculos e ações de saúde.

### 1.2.2 – Objetivos Específicos

- Identificar qual a concepção que os profissionais de saúde têm sobre a interdisciplinaridade.
- Conhecer o impacto que as concepções sobre interdisciplinaridade causam ao planejamento das ações de saúde realizadas pelas equipes multiprofissionais.

## 1.3 – Hipóteses gerais e variáveis

### 1.3.1 – Hipóteses

- Existe a percepção pelos profissionais de saúde de o trabalho em saúde ser coletivo, e o objeto da saúde, interdisciplinar.
- Os profissionais se percebem enquanto equipe, mas a prática interdisciplinar não ocorre por não haver interfaces entre os vários saberes no processo de trabalho.

### 1.3.2 – Variáveis

- Resistência a novas aprendizagens.
- Comunicação deficitária entre os profissionais.
- Ausência de um projeto assistencial comum à equipe.
- Descrédito acerca da possibilidade de se concretizarem projetos em saúde pública.
- Relação de poder nas equipes sustentada pela especialização dos saberes e pela valoração social das profissões.

## 1.4 – Justificativa

Esta investigação se sustenta devido à importância que o trabalho em equipe multiprofissional e interdisciplinar assume para a saúde, principalmente após a

Constituição Federal de 1988, que institui as diretrizes para o Sistema Único de Saúde, estabelecendo a saúde como direito de cidadania (Cap. v, seção II, art.196).

Os princípios constitucionais ainda apontam a integralidade das ações como um pressuposto (Cap.v, seção II, art.198).

A integralidade das ações pode ser entendida em um duplo viés: a articulação dos níveis hierárquicos do sistema, e a não fragmentação das ações prestadas por eles.

Nunes (1995) nos lembra que a etimologia da palavra saúde, em sua origem grega (inteiro, intacto, real), remete-nos à integralidade. A saúde tomada nessa perspectiva não concebe a divisão saúde física, mental e social, recolocando-se a complexidade do objeto da saúde. Este não pode ser entendido ou trabalhado dentro de uma disciplinaridade restrita.

Devemos ressaltar que essa questão começou a ser discutida no Brasil a partir da década de 70 com o movimento da Reforma Sanitária. Esse movimento denuncia a fragmentação do conhecimento e da práxis em saúde, concebendo-a como uma rede complexa onde, no entendimento do objeto, é necessário articular os condicionantes históricos, a múltipla causalidade e a articulação inegável entre o social e o biológico

A opção por realizar a investigação em Centros de Saúde se deve ao relevo que eles têm na resolução dos problemas de saúde da população (segundo a OMS, a atenção primária pode resolver 80% dos agravos de saúde da população) e ao fato de eles realizarem um grande número de ações de educação em saúde, quando é fundamental a ação interdisciplinar dos profissionais.

Outro ponto importante é possibilitar aos profissionais repensarem a fragmentação das ações como produto de uma fragmentação interna à própria equipe.

### **1.5– Estrutura do trabalho**

O estudo é apresentado em cinco capítulos.

No primeiro, assinalamos a contextualização do problema, os objetivos, as hipóteses que nortearam a investigação e a justificativa para a sua realização.

No segundo, são abordadas as concepções sobre o processo de trabalho em saúde, em especial, o trabalho coletivo. Dá-se ênfase às teorizações sobre a interdisciplinaridade e como ela tem sido vivenciada pelas equipes de saúde.

No terceiro, é apresentado o referencial metodológico que tornou possível a realização do estudo.

O quarto enfoca a descrição das concepções que os trabalhadores revelaram sobre a interdisciplinaridade no contexto de suas vivências diárias. Os dados obtidos são discutidos à luz da teorização de diversos autores trabalhados.

O quinto traz a reflexão sobre as hipóteses do trabalho e as sugestões advindas dessa reflexão.

## **CAPÍTULO 2 – REVISÃO DO REFERENCIAL ANALÍTICO EXPLICATIVO**

“A singularidade é um atributo de um coletivo que funciona efetivamente como tal – que não se deixa dissolver por um ideário individualista, nem se faz amarrar por perspectivas de unidade ou totalização. Assim, a concepção de um coletivo como singular nos conduz a uma peculiar concepção de singularidade: não se trata de obter o grande coletivo, e, sim, de produzir um coletivo de grande expressividade, constituído pela articulação de diversas singularidades entre si” (Lobosque, 1997:22).

A afirmação de Lobosque (1997) nos remete a pensar a conexão dos extremos – individualidade X totalidade. Encontramos esses extremos ao lidar com a questão polêmica da interdisciplinaridade no fazer cotidiano das equipes de saúde.

A colocação de Lobosque, a partir de uma leitura psicanalítica, alerta-nos para o mito do saber totalizante. O medo de que o coletivo se contraponha ao singular (aqui ao disciplinar) e o aniquile.

Podemos fazer uma analogia com o desconforto que se explicita, em alguns serviços de saúde, diante da possibilidade de se romperem as fronteiras disciplinares no trabalho diário. Leite (2001), trabalhando esse medo, lembra-nos que a totalidade nunca é atingida. A interdisciplinaridade buscaria um entendimento entre as partes, exigindo uma visão dialética para se identificarem os obstáculos à sua construção, fugindo da ilusão do saber totalizante.

Para focar esse ponto, destacaremos, neste capítulo, o trabalho em saúde, sua vertente coletiva e os estudos sobre a interdisciplinaridade neste trabalho.

### **2.1 – O trabalho em saúde**

A palavra trabalho, em todos os idiomas, remete-nos a algo penoso ao homem. Salles (2002) nos lembra que o termo ganhou conotações diferentes em cada área da ciência. A partir de seus estudos sobre essas conotações, ele encontra um ponto comum que seria o trabalho considerado como uma mediação entre o homem e a natureza. A transformação da natureza que se dá nessa inter-relação se processa em etapas. O autor pontua três como fundamentais: a primeira seria a descoberta e

a utilização do fogo e utensílios; a segunda, o cultivo de plantas; e a terceira, a racionalidade e a automação do trabalho gerados pela era industrial.

Para Salles (2002:12) nesse processo, o homem “ virtualiza-se, atualizando as suas potencialidades, o que supõe um mundo criativo. O homem está entre duas realidades, a ideal e a material, interligando-as através do trabalho que assim, é o meio pelo qual o ser humano incorpora –se à natureza “.

Essa concepção já havia sido trabalhada por Marx, que introduz a idéia do trabalho como produto e produtor do homem.

Merhy (1997), ao problematizar a questão do trabalho em saúde, retoma a analogia forjada por Marx entre a abelha e o arquiteto. A primeira constrói sua casa por instinto, obedecendo a um código fixo por gerações a fio. Podemos pressupor uma abelha genérica. Com o arquiteto o processo é diferente. O homem, ao construir sua casa, não segue um código. A casa, a princípio, é uma abstração. Enquanto abstração, o homem já lhe dá um sentido. Logo, o homem trabalha num “recorte interessado do mundo” (p.81) e lhe dá formas diferenciadas. Não podemos construir a idéia de um homem genérico, pois, no processo de idealização e organização dos elementos necessários para edificar uma oca, uma tapera, um prédio ou qualquer tipo de moradia, o homem satisfaz sua necessidade, mas se torna também um ser histórico e social, uma vez que morar em cada uma dessas habitações implica realidades diferentes.

Esse exemplo nos demonstra que o trabalho implica e aponta o momento histórico e a forma de organização de uma sociedade.

A organização do trabalho em saúde segue a mesma lógica dos outros fazeres sociais, resguardando suas especificidades. Leite (2001) nos lembra que o trabalho em saúde se insere no setor de serviços, mas difere dos outros trabalhos desse setor por não ser tangível e mensurável e ser consumido no ato da produção.

Analisando este trabalho com base em suas concepções sobre seu objeto – o processo saúde-doença, verificamos que, inicialmente, o trabalho em saúde se dava de forma individual. Nas sociedades primitivas, que consideravam a doença em sua vertente mágica, como uma entidade, o xamã era o único que tinha poder de exorcizá-la. Não só por ter conhecimento para curá-la, mas, principalmente, por estar inserido no mesmo universo simbólico e explicar a natureza da doença ao mesmo tempo que integrava o indivíduo à sua vida social, dando-lhe a possibilidade de reproduzir-se como sujeito (Mendes Gonçalves, 1992; Pires, 1996; Rosen, 1994).

A partir da Idade Média ocorrem mudanças no processo de trabalho em saúde. Elas se concretizam devido a novas concepções do processo saúde-doença, mas, principalmente, com a entrada de novos agentes para realizarem a assistência à saúde.

Essa assistência era realizada por leigos e, principalmente, por membros de instituições religiosas. Começa nessa época a divisão dos ramos do conhecimento. Os físicos, médicos clínicos, eram formados em mosteiros e, a partir do século X, pelas universidades. O conhecimento ensinado nessas universidades justificava a ordem social estabelecida e pautava-se em uma concepção religiosa do fenômeno saúde-doença (doença considerada como castigo divino), associado à teoria dos humores e à determinação ambiental (teoria cunhada pelos Gregos no séc VII a.C.).

Ainda na Idade Média, inaugura-se a formação de cooperativas médicas, denominadas guildas. Elas estabeleciam regras e honorários para as práticas privadas.

Rosen (1994) aponta que, assim como a estrutura social da época era rígida, com classes sociais bem demarcadas, o mesmo ocorria com os médicos. Eles tinham valorações sociais diferenciadas. Existiam diferenças entre os médicos clérigos, os leigos (que começaram a surgir principalmente a partir do século XI) e os cirurgiões. Os leigos eram remunerados por algum senhor ou uma cidade que os contratasse e exerciam a prática privada, seguindo as tabelas estabelecidas pelas guildas. Os cirurgiões, por trabalharem com as mãos, eram considerados artífices e aprendiam com um mestre. Eles, socialmente, eram considerados inferiores aos médicos físicos. Havia, ainda, os empiristas itinerantes que faziam cirurgias graves em pacientes recusados pelos médicos e cirurgiões. Esse grupo, embora atendesse a grande demanda, não tinha valoração social.

É importante frisar que, nessa fase em que o trabalho ocorria de forma artesanal, os profissionais ainda trabalhavam de forma individual e tinham controle de seu processo de trabalho, da produção e/ou reprodução do conhecimento, do ritmo e do produto do trabalho.

Mais tarde, as faculdades médicas, além de seu papel formador, assumem a fiscalização e a regulamentação dos demais ofícios ligados ao trabalho em saúde. Começa-se a perseguir como charlatões os trabalhadores que não apresentassem a titulação dessas instituições. Dessa forma, os cirurgiões, os boticários, os dentistas e as parteiras (antes perseguidas como bruxas pelo clero e, mais tarde, integradas à

profissão de enfermagem) passam a ser fiscalizados e regulamentados pelos clínicos.

Foi a partir desta regulamentação que se detectou a falta de clínicos com formação acadêmica para dar conta de toda a assistência, tornando-se mais evidente a delegação de tarefas na assistência. O reconhecimento da qualificação dos boticários para prepararem medicamentos, ou dos cirurgiões para intervenções cirúrgicas, faz emergir uma nova divisão social do trabalho por áreas do conhecimento e campos diferenciados. Essa nova forma de trabalho ocasiona uma perda parcial do seu processo.

Deve-se ressaltar a subordinação dos outros ofícios às regras estabelecidas pelas cooperativas de clínicos. Essa posição hegemônica dos clínicos se torna patente quando o trabalho começa a ser desenvolvido no mesmo espaço físico – o hospital.

Em seu início, o hospital funciona com um caráter eminentemente religioso, como local de assistência espiritual, tanto para os doentes (a população-alvo era a camada mais pobre), como para quem prestava a assistência, em sua maioria religiosos e pacientes recuperados. Os médicos clínicos se envolviam muito pouco com a assistência hospitalar, pois seu lócus de trabalho se constituía, prioritariamente, nas residências dos pacientes. O hospital ganha relevância na Modernidade, com a queda do feudalismo e a emergência do capitalismo. Nesse momento, o hospital se torna um espaço de formação de profissionais médicos e ganha cunho terapêutico. Abordando esse tema, Lakatos e Brutscher (2000:80) comentam:

“A mudança na concepção do hospital, onde pela primeira vez desde que o cristianismo se impôs como religião oficial do Estado, não é o enfoque da caridade e da salvação das almas (do doente e de quem dele cuidava) que impera, mas o estudo das doenças, o bem – estar do paciente e, finalmente, o ato de curar congrega todos os esforços; paralelamente, o hospital, como instituição, separa-se do conceito, da finalidade e do poder religioso, tornando-se paulatinamente secular, pago e voltado ao atendimento também das classes abastadas. Os últimos dois aspectos, por sua vez, aceleram a concentração de esforços na procura de explicações, relações e processos de cura para as doenças, incentiva as pesquisas, as descobertas, tanto de técnicas como de medicamentos e invenções, os aperfeiçoamentos e as alterações da tecnologia que cerca o trabalho com o doente: sob o aspecto



da medicina, nasce o hospital moderno, que ainda se desenvolverá sobre dois outros aspectos – o da disciplina e da hierarquia”.

A questão apresentada pelas autoras sobre a disciplina e a hierarquia vem nos mostrar como se dá a reprodução da divisão social do trabalho e de classes no microcosmo do hospital, bem como no dos demais serviços de saúde.

É com a concentração das diversas profissões no mesmo espaço e a sua valoração burguesa que se consolida a disciplina (copiada dos quartéis, dos mosteiros e das oficinas) e a separação hierárquica das funções. Começam a emergir especializações verticais e horizontais do trabalho. Elas se concretizam via o avanço do conhecimento e das práticas, tanto da medicina, quanto da enfermagem. Na hierarquização, pode-se observar a preponderância dos critérios sociais, que fazem do trabalho coletivo uma forma ligada à alienação, e não à parceria. Essa forma de conceber o trabalho coletivo foge àquela ideal em saúde, onde ele deveria não ser somente a soma de atividades isoladas, mas ter estatuto de ação social, por buscar resguardar a necessidade de saúde do conjunto da sociedade.

Retomando o objeto de trabalho em saúde, percebe-se que as descobertas do século XIX, que colocam a doença como alteração morfológica e funcional do corpo humano, em uma visão mecanicista e biologicista do homem, casam-se perfeitamente com a ordem vigente - o modo capitalista - e lançam as bases para o hospital moderno, fundamentando a idéia de uma equivalência entre o trabalho médico e o trabalho em saúde.

Essa postura se justifica pela análise feita por Mendes - Gonçalves (1992), que, ao falar das tecnologias em saúde, atribuem ao hospital a concepção de local e instrumento de trabalho do médico, uma vez que essa teorização do processo saúde-doença pressupõe que a relação técnica estabelecida entre médico e paciente se faz efetivamente entre o médico e o corpo do paciente.

Pires (1996), ao comentar esse período, ressalta a primazia do paradigma positivista da ciência, que validava somente os conhecimentos verificados empiricamente e que se produziam sob a égide do método científico. Esse fato concedeu aos médicos o status de detentores do “verdadeiro” saber científico. Ela pontua aí o início da fragmentação e do parcelamento do conhecimento. Leite (2001) frisa que a formação dos profissionais vem reforçando a idéia do trabalho centrado na parte, e não no todo, o que acarreta a conseqüente ampliação do número de

especializações, que têm como resultante um homem que passa a ser observado e atendido conforme a sua doença.<sup>5</sup>

Mendes-Gonçalves (1992) corrobora a visão de Pires (1996) pontuando que é a apropriação dos momentos mais intelectuais do trabalho que assegura o poder sobre o processo de trabalho, bem como valorações sociais diferenciadas. Ele alerta que se faz no interior dos serviços de saúde (não somente dos hospitais) a reprodução da lógica da organização capitalista.

Essa colocação é enfatizada por Lakatos e Brutcher (2000:89) que situam o hospital como campo de luta simbólico, expondo o conflito mais amplo da sociedade - “O poder baseia-se na exclusividade do saber, ou na hegemonia de um tipo específico de saber, e o poder determina o status, o prestígio e a remuneração”.

Essa valoração se fará de forma diferenciada, se pensarmos nas duas formas de divisão do trabalho em saúde, a saber, a vertical e a horizontal.

A divisão vertical é aquela que ocorre entre o trabalho intelectual e o trabalho manual. Um exemplo claro dessa divisão é a relação médico- enfermeiro, onde o primeiro exerce o papel mais teórico, e o segundo, o processo mais prático. Na seqüência, o trabalho do enfermeiro se divide com o dos técnicos e auxiliares de enfermagem, seguindo a mesma lógica que distancia quem pensa e planeja e quem executa. Acerca dessa divisão vertical do trabalho, Campos (1992) salienta que, se comparada a outros setores da sociedade, na saúde, ela se faz de forma primitiva, pois se trata de delegação de cuidados menos complexos ao paciente ou a outros trabalhadores. Essa forma foge à lógica que mapeia tarefas nas indústrias.

“Uma das principais formas de subordinação do trabalho na indústria é sua crescente dependência do ritmo e da lógica das máquinas, havendo uma adaptação do homem à linha de produção. É evidente que, na saúde, apesar da crescente especialização e divisão de tarefas, não há nada que possa ser comparado a uma linha de montagem. Isso, portanto, assegura uma maior autonomia aos profissionais, já que os trabalhadores da saúde não têm seu *comportamento na produção regido pelo ritmo do maquinismo*”.(grifo do autor – p. 57)

---

<sup>5</sup> Apesar de toda essa discussão, a disciplinarização segue sua marcha, e novas especializações vêm surgindo. Um exemplo recente é a regulamentação das especializações em Psicologia (2000). A resolução do Conselho Federal de Psicologia (nº 014/00 de 20/12/2000) cria oito campos de especialização na área.

Ele ainda salienta que essa forma rudimentar de parcelamento das tarefas na saúde permite aos médicos e a outros profissionais conservarem-se como produtores autônomos.

A outra forma de divisão do trabalho em saúde ocorre na horizontalidade. Ela se faz em duas vertentes: a especialização da medicina em processos de diagnóstico e terapêuticas diferenciadas e na agregação de outras áreas de saber ao processo de trabalho.

Alguns autores questionam o fato de profissões oriundas das áreas de ciências sociais e/ou humanas, onde já se desenvolveram teorizações acerca do psiquismo e dos fenômenos sociais, muitas vezes conflitantes com uma visão biologicista e mecanicista acerca do processo saúde-doença, se normalizarem e organizarem suas práticas pela lógica do pensamento médico institucionalizado. (Peduzzi, 1998; Mendes-Gonçalves, 1992; Pires, 1996; Campos, 1992a, 1997, 2000; Leite 2001)

Campos (1992a) relaciona esta ocorrência à atribuição da história natural das doenças como idéia básica compartilhada por todas as profissões na explicação do processo saúde-doença.

Campos (2000), em outra obra, ao falar da teoria, da prática, do saber e do fazer, conscientiza-nos para o perigo implícito na postura anunciada anteriormente. Ele demonstra como podemos atribuir às teorias, que se constroem a partir do acúmulo empírico dos dados, autonomia em relação à prática - ao conhecimento aplicado. Sob este julgo são retirados do sujeito da práxis a autonomia e a criatividade. O autor afirma que a ontologização do saber ignora a dinâmica do cotidiano, destituindo a experimentação e a invenção. Essa não dialetização do saber provoca uma concentração do poder. Esse saber avesso a qualquer teste de realidade, elevado a dogma, configura-se para o sujeito como leme e norte para sua ação. O sujeito se acomoda nesse aparente conforto. O medo da mudança, da invenção, levar-nos-ia a colocar a relação teoria-prática para se pautar pela lógica de Procusto: “O sujeito maior do que a cama, cortem-se-lhe os pés, já que a cama (a teoria) seria intocável!”( p. 172)

Para ele, o grande desafio para o trabalhador seria a busca da mediação entre esses dois pólos.

Diante desse desafio, lembramos Merhy (1997), que, a partir da teoria marxista do trabalho e da análise institucional, analisa o trabalho em saúde a partir da micropolítica do trabalho vivo. Ele pressupõe o *trabalho vivo* e o *trabalho morto*. O

primeiro ocorreria permanentemente em ato. Seria criativo e intimamente ligado à sua finalidade. Resguardaria a autonomia e a subjetividade dos atores envolvidos (trabalhador / usuários dos serviços de saúde), sendo construído e construindo-os no processo.

O trabalho morto é aquele que já foi construído e se materializou. Ele é instituído,<sup>6</sup> liga-se ao modo de atuação: "um saber fazer e um ir fazendo"( Merhy1997: 96) e é instrumental.

A partir dessas posições, Merhy distingue três tipos de tecnologia encontradas no trabalho em saúde, a saber, duras, leves-duras e leves. As duras seriam as máquinas, os equipamentos, os medicamentos, etc. Elas são trabalho morto, pois são fruto de trabalho vivo de determinados momentos da produção que se materializaram.

As tecnologias leves-duras se constituem pelos saberes já estruturados (da clínica, da epidemiologia, da psicanálise, etc), normas, protocolos, etc. Apesar de se mostrarem como trabalho morto, essas tecnologias podem se tornar trabalho vivo se descapturadas.

As tecnologias leves são de inter-relação, de vínculo. Elas são instituintes e têm potencialidade para serem expressão de trabalho vivo em ato.

O autor nos lembra, ainda, da constante captura do trabalho vivo pelo trabalho morto, processo que afasta o trabalhador de sua finalidade, fossilizando o trabalho.

"O trabalho vivo não pode em ato, no interior do processo de trabalho, libertar-se plenamente do trabalho morto, mas tem condições de comandá-lo e conseguir aprender a interrogá-lo, a duvidar do seu sentido e a abrir-se para os ruídos/analísadores presentes no seu cotidiano. Com isso, e de posse de uma caixa de ferramentas que tenha o compromisso com o sujeito da ação, e em ação, pode-se reinventar a lógica do processo de trabalho, sua gestão, organização e finalidade, em ato, coletiva e publicamente".(Merhy, 1997: 71)

Ressituando o desafio ao trabalhador de saúde exposto anteriormente, diríamos, lembrando Fortuna (1999), que esse acontece através da busca de processos de descaptura do trabalho vivo.

O trabalho em equipe multidisciplinar vem sendo considerado uma das possibilidades de se fazer esta busca.

---

<sup>6</sup> Utilizamos os termos instituído e instituinte como teorizados por Baremlitt. O *instituinte* como força produtiva dinâmica, como processo e o *instituído* como produto destas forças, estagnado, congelado.

## 2.2 – O trabalho de equipe em saúde

Peduzzi (1998) ao trabalhar a etimologia da palavra equipe<sup>7</sup>, comenta que ela vem da idéia de um grupo de homens puxando uma fileira de barcos amarrados, o que classifica esse trabalho como coletivo<sup>8</sup>.

Observando os serviços de saúde, especialmente os Postos de Saúde (foco de nosso estudo) que contam com atendimento de equipe multiprofissional, percebe-se que a organização de serviços se faz de forma parcelar. No texto citado, Peduzzi comenta que o trabalho coletivo não é feito pelo trabalhador, e, sim, pelo usuário, que peregrina de sala em sala, e até mesmo de serviço em serviço. Essa peregrinação do usuário nos lembra as imagens de Charles Chaplin no filme “Tempos Modernos”, onde a linha de montagem se torna mais importante que o sujeito.

Perguntamo-nos então, sobre a real existência de trabalho em equipe nos serviços de saúde, pois eles, no plano da retórica, são considerado o ideal das práticas em saúde e, miticamente, assumem o lugar de solução apaziguadora para os conflitos entre as diversas áreas profissionais inseridas nesse contexto.

No Brasil, a partir da década de 1970, diante das políticas de cunho racionalizador adotadas no setor de saúde, as equipes ganham destaque como forma de alcançarem os objetivos propostos. Com o movimento da Reforma Sanitária e as propostas de mudança do modelo assistencial, que se processaram nos fins dos anos 1980 e têm tentado se efetivar a partir da década de 1990, as equipes ganham relevância como forma de buscar a integralidade das ações e a maior qualidade dos serviços. Merhy (1997) ao falar da rede básica de saúde, que se forma a partir desta política, propugna pela importância de equipes autônomas nos Postos de Saúde, que atendam dentro dos princípios de integralidade, universalidade, equidade, efetividade, e ganhem maior resolutividade, atuando dentro de uma lógica mais horizontalizada, onde existam relações de ajuda entre seus membros e os demais serviços que compõem essa rede básica.

---

<sup>7</sup> Peduzzi (1998) comenta que a etimologia da palavra equipe vem do francês “esquif”, que significa fila de barcos amarrados uns aos outros e puxados por homens e cavalos.

<sup>8</sup> Conceberemos como trabalho coletivo, para efeito desta dissertação, o trabalho em equipe pautado na existência de um objetivo definido pelos trabalhadores de forma pactuada, compartilhada e onde as habilidades individuais são complementares.

Talvez por esse contexto, Peduzzi (1998) nos alerte que encontramos na bibliografia sobre equipes em saúde, a idéia destas como uma realidade já dada, não se problematizando a ação parcelar que ainda existe nesse trabalho.

Vergara (1999) apresenta uma posição sobre a formação de uma equipe que é pertinente quando pensamos o que consideramos como trabalho em equipe nesta dissertação. Para a autora, um conjunto de pessoas trabalhando juntas só se tornam uma equipe quando há um elemento de identificação (de natureza simbólica) que as una, seja física ou virtualmente. Pensamos esse elemento como as relações interpessoais entre os trabalhadores em saúde e, eles, com os usuários, na produção da saúde. Dessa forma, utilizaremos a expressão trabalho em equipe em saúde como conceituada por Fortuna (1999: 13) “um processo de inter-relação, um possível processo de produção de bens-relações”.

Para essa autora, o trabalho em equipe pode ser visto a partir dos conceitos que norteiam um grupo operativo.<sup>9</sup> O grupo operativo pressupõe um conjunto de pessoas que se ligam por representações mútuas e que se propõem a realizar uma tarefa (finalidade). Esse grupo interatua através de um jogo de papéis assumidos ou definidos/ impostos pelo grupo.

Entende-se que o trabalho em equipe é possível quando pensado como em processo. Para ela, como acontece a estagnação na tarefa e na cristalização de papéis, é também viável o caminho para a autogestão, onde a equipe ganha autonomia e dinamismo. Esse caminho seria trilhado, repensando os papéis, as relações de poder e os conteúdos já instituídos.

É também pensando em movimentar o já instituído, o burocratizado e na dificuldade em fazê-lo, que Campos (1992a) nos fala da importância do trabalho em equipe. Segundo ele, o trabalho assim organizado superaria a inércia burocratizada dos serviços públicos de saúde; interviria na divisão vertical do processo de trabalho que ele considera como impeditiva da resolutividade dos serviços.

Ainda pensando esse tema, em 1997, Campos teoriza a necessidade de se criarem modelos organizacionais que integrassem polivalência e certo grau de especialização.

O autor, para explicar essa integração, cria os conceitos de *núcleo* e *campo* que coexistiriam em todas as equipes. Núcleo seria o elemento singular de cada

---

<sup>9</sup> Terminologia utilizada por Baremblytt para especificar os grupos que têm uma tarefa.

profissional, ou seja, o conjunto de saberes e responsabilidades de cada área profissional.

O campo seriam os saberes, as competências e as responsabilidades comuns a todos os da equipe. Por exemplo, noções sobre organização de serviços, políticas de saúde, processo saúde-doença, condução de casos.<sup>10</sup>

Na equipe haveria sempre trabalho de campo e de núcleo a ser realizado de forma pactuada entre seus membros. Campos alerta também para a importância de estabelecer responsabilidades dentro da equipe para cada caso. Nesse sentido, os limites disciplinares se atenuam sem se perderem, e as equipes ganham autonomia em relação às regras tayloristas e aos protocolos burocratizados, uma vez que núcleos e campos podem ser cambiantes.

Peduzzi (1998 e 2001), ao abordar esse tema, utiliza-se da teoria de Habermas, que divide o trabalho em dois componentes: o trabalho (ação racional/ instrumental dirigida a uma finalidade) e a interação. Para ele, esses dois componentes têm uma relação dialética.

O trabalho se refere à ação instrumental e/ ou estratégica que se dirige para a busca do êxito em obter determinado resultado. Essa ação se norteia por regras técnicas que se apóiam em um saber.

A interação é a ação comunicativa (agir comunicativo). O simbólico partilhado por pelo menos dois sujeitos agentes. Funda-se na intersubjetividade, no reconhecimento, no entendimento mútuo e na dimensão ética. Para Habermas, a interação estaria livre da coação. Essa posição nos leva a indagarmos sobre as relações de poder que tendem ao assujeitamento do trabalhador.

Peduzzi (1998) propõe esta questão em relação ao trabalhador em equipe em saúde: como impedir a instrumentalização de alguns trabalhadores? Eles perdem a perspectiva de sujeito e passam a ser tratados como recurso do trabalho dos outros. A autora retorna a Habermas e conclui que a integração entre os trabalhadores e a interação só se efetivará pelo compartilhamento de algo em comum, que ela aponta como sendo um projeto de saúde.

---

<sup>10</sup> A Reforma Psiquiátrica levou muitas equipes de Saúde Mental a trabalharem dentro desse modelo, utilizando um técnico de referência para o paciente, não escolhido pela sua especialidade, mas pelo vínculo estabelecido pelo paciente. Dessa forma, condução de casos passa a ser responsabilidade de todos os da equipe, com ela funcionando também como apoio para a resolução de questões específicas dentro das áreas profissionais de cada membro.

Baseado nessa teoria e na pesquisa empírica, Peduzzi (1998) elabora uma tipologia do trabalho em equipe na saúde. Ela encontra duas noções prevalentes: a equipe como agrupamento de agentes e a equipe como integração dos trabalhos.

A primeira caracteriza-se pela justaposição das ações e o agrupamento dos agentes. O trabalho se faz de forma fragmentada. A comunicação se apresenta como externa ao trabalho, construindo-se como meramente particular. Inexiste o compartilhamento de um projeto.

Na equipe como integração dos trabalhos, existe uma correlação de ações, facilitada pela integração dos agentes. É possível, nessas equipes, perceber a elaboração de um projeto assistencial em marcha. Elaboram-se uma linguagem comum, um objetivo comum, uma cultura partilhada.

Peduzzi ressalta que existe, em ambos os tipos de equipe, uma tensão interna ligada à construção da comunicação, da flexibilização, da divisão do trabalho e da autonomia técnica no contexto dessas equipes. Ela supõe a possibilidade de existência de equipes de integração no cenário atual diante da abertura para a discussão da valoração desigual das profissões de saúde X a técnica, na construção de um horizonte ético partilhado.

Podemos dizer que essa discussão revelará o monopólio do saber que se concede a algumas categorias profissionais. É pensando nesse ponto que Testa (apud Campos, 2000), para explicar que a criação de métodos adequados para lidar com as situações que se apresentam no cotidiano dos serviços de saúde, pensa que só será possível com a apropriação, pelos trabalhadores, dos saberes sobre o modo de criar teorias, ou seja, o manejo de conceitos. Essa criação só se efetivará se os trabalhadores desenvolverem capacidade crítica e de reconstrução das teorias vigentes. Necessita-se de pensamento dialético para romper com as amarras do saber estruturado e debelar o imobilismo que aprisiona os sujeitos.

Peduzzi e Testa apontam caminhos para a construção da equipe e/ ou trabalho em equipe, onde a inter-relação é fundamental. Campos (2000) indagando-se sobre a dificuldade nessa inter-relação, lembra-nos que as relações nas equipes são mediadas por contratos. O contrato traz a perspectiva de sujeitos autônomos (mesmo que de forma relativa) e de relações móveis, passíveis de serem redefinidas.



Para o autor, o contrato não destitui as diferentes relações de poder ou papéis estabelecidos no interior das equipes. Ele reconhece que elas vão se explicitar nas relações transferenciais que emergem entre os membros da equipe.

Campos se utiliza do conceito psicanalítico de transferência, usado aqui para indicar o fluxo de afetos existentes entre os membros da equipe. O autor demonstra que existem afetos e emoções se estabelecendo inconscientemente entre os membros da equipe. Esses desejos, bloqueios, interdições, enfim, os componentes emocionais existentes aí forjarão imagens e papéis e fixarão formas de relação entre os membros da equipe. A análise e a intervenção nesses processos seria um recurso eficaz para a gestão. Essas relações transferenciais atribuirão significação ao outro, ao coletivo e ao trabalho realizado pela equipe.

Demo (2001) salienta que o trabalho em equipe, atualmente, aponta duas dimensões: saber trabalhar no coletivo, em grupo, e saber trabalhar interdisciplinarmente num grupo de especialistas. Quanto ao primeiro ponto, já levantamos os impasses e os desafios de seu enfrentamento no cotidiano dos serviços de saúde. O segundo será discutido a seguir. Demo (2001:63) faz uma postulação sobre este ponto, que nos parece fundamental para iniciar esta discussão – “a interdisciplinaridade não combate a especialização, mas a disciplinarização especializada”.

A posição de Demo nos coloca algumas questões sobre a interdisciplinaridade no trabalho em equipes nos Postos de Saúde: encontramos neste contexto trabalhadores especializados (pensamos aqui os núcleos de ação descritos por Campos) ou especializados na disciplinaridade? O que acarreta esta distinção no fazer diário destas equipes?

### **2.3 – Interdisciplinaridade no trabalho em equipes de saúde**

É pertinente começar este tópico com a diferenciação proposta por Feverwerter e Sena (1998) entre interdisciplinaridade, trabalho multidisciplinar e trabalho em equipe. As autoras indagam se esses termos seriam sinônimos, deixando claro que não e tratando-os como conceitos relacionados e complementares.

Elas nos alertam para a cisão que ocorre entre eles no campo de trabalho e aponta a forma atual do ensino universitário como um dos fatores dessa separação.

Para elas, a interdisciplinaridade implica sempre a construção de conhecimento e a demolição de fronteiras entre as disciplinas, enquanto o trabalho multidisciplinar é o conjunto de conhecimentos, organização de serviços e planejamento de diversas disciplinas na busca de soluções de problemas e de maior integração das ações. O trabalho multidisciplinar, bem como o trabalho em equipe (esta não necessariamente multidisciplinar) nem sempre colocam em pauta a construção de um novo saber ou prática. Para as autoras, o novo só se faz com a interação democrática da diversidade, seja ela de atores, saberes, necessidades ou práticas.

Essa postulação vem ao encontro da teoria de Japiassu (1976) para quem a interdisciplinaridade é a possibilidade de construir melhores métodos de planejar e conduzir a ação na resolução de problemas cotidianos. Ela questiona o estabelecido. É um protesto contra a forma cartesiana oferecida pela disciplinarização. Japiassu enfatiza a impossibilidade de se dissociar conhecimento e prática, uma vez que eles se determinam mutuamente, sendo funções do conhecimento que se complementam e têm evidente grau de equivalência.

Por que ocorre de forma tão explícita essa dissociação nos serviços de saúde? Para entendermos essa questão, cabe clarificar o conceito de interdisciplinaridade.

### 2.3.1 – Delimitação de Conceitos

O conceito de interdisciplinaridade ganha relevância no mundo ocidental a partir da década de 1960. Fazenda (1998), historicizando a evolução do conceito, demarca três passagens:

- Dec. 1970 – Buscava-se uma definição de interdisciplinaridade.
- Dec. 1980 – Tentava-se construir um método para a interdisciplinaridade.
- A partir da dec. 1990 – Tenta-se a construção de uma teoria da interdisciplinaridade.

O conceito de interdisciplinaridade, ao longo desses estudos, relaciona-se com outros termos, tais como disciplinaridade, multidisciplinaridade, pluridisciplinaridade e transdisciplinaridade.

Japiassu (1976) conceitua disciplinaridade como área homogênea de estudo com fronteiras bem delimitadas. É um conjunto sistemático de conhecimentos, com método, objeto de estudo e plano de ensino específico. Almeida (2000: 8) escreve que

“a disciplinaridade intenciona manter o pesquisador rigoroso em sua atuação, ascético e perseverante no enfrentamento dos problemas específicos da seara para a qual foi formado. As atuais disciplinas do conhecimento, como a física, a matemática, a biologia, as ciências sociais e humanas, bem como suas aplicações em áreas como as engenharias, as ciências médicas e a economia, foram forjadas a partir do ideário da disciplinaridade”.

Foucault (1985) explica a relação de poder que subjaz à disciplinarização, colocando-a como uma forma de controle da produção do discurso. A disciplinarização cria, ilusoriamente, uma identidade que perpetua e reatualiza constantemente as regras.

A multidisciplinaridade implica uma justaposição de diversas disciplinas, e não pressupõe necessariamente trabalho em equipe e coordenação. Na multidisciplinaridade, bem como na pluridisciplinaridade, não se acordam conceitos e métodos. A segunda implica um nível maior de relação entre as disciplinas.

A interdisciplinaridade é conceituada pelo grau de integração entre as disciplinas e a intensidade de trocas entre os especialistas. Desse processo interativo todas as disciplinas devem sair enriquecidas. Não basta somente tomar de empréstimo elementos de outras disciplinas, mas comparar, julgar e incorporar estes elementos na produção de uma disciplina modificada.

A transdisciplinaridade iria mais além. Não se restringiria às interações e às reciprocidades entre as disciplinas, uma vez que propõe não haver fronteiras entre elas. Muitos pesquisadores situam a saúde nesse campo, porém, como afirma Piaget, essa é ainda uma utopia.

A seguir, reproduziremos a representação gráfica proposta por E. Jantsch, citada por Japiassu (1976:73-4), para explicar os níveis aqui apresentados.

**Quadro 1 – Níveis de inter-relação entre as disciplinas**

DESCRIÇÃO GERAL	TIPO DE SISTEMA	CONFIGURAÇÃO
<b>MULTIDISCIPLINARIDADE</b> Gama de disciplinas que propomos simultaneamente, mas sem fazer aparecerem as relações que podem existir entre elas.	Sistema de um só nível e de objetivos múltiplos; nenhuma cooperação.	
<b>PLURIDISCIPLINARIDADE</b> Justaposição de diversas disciplinas situadas geralmente no mesmo nível hierárquico e agrupadas de modo a fazer aparecerem as relações existentes entre elas.	Sistema de um só nível e de objetivos múltiplos; cooperação, mas sem coordenação.	
<b>INTERDISCIPLINARIDADE</b> Axiomática comum a um grupo de disciplinas conexas e definida no nível hierárquico imediatamente superior, o que introduz a noção de finalidade.	Sistema de dois níveis e de objetivos múltiplos; coordenação procedendo do nível superior.	
<b>TRANSDISCIPLINARIDADE</b> Coordenação de todas as disciplinas e interdisciplinas do sistema de ensino inovado, sobre a base de uma axiomática geral.	Sistema de níveis e objetivos múltiplos; coordenação com vistas a uma finalidade comum dos sistemas.	

Adaptado de Japiassu, 1976: 73-4

Retomando a representação da interdisciplinaridade, Japiassu aponta que ela pode ocorrer de duas formas: linear e estrutural.

A primeira se faz como uma forma mais avançada de pluridisciplinaridade, onde existe uma barganha de informações sem haver reciprocidade. Uma disciplina age como auxiliar de outra. A segunda não apresenta hegemonia de uma disciplina sobre as outras. Observa-se reciprocidade, com construção de conceitos e métodos comuns. Como resultante desse processo, obtém-se uma ação precisa e eficaz.

Almeida (2000), ao trabalhar os conceitos de transdisciplinaridade; multidisciplinaridade e interdisciplinaridade, aos quais nomeia em seu conjunto como “*abordagens integradoras*”, propõe que, segundo Severino (1995), a interdisciplinaridade ainda não foi conceituada com precisão. Para ele, a interdisciplinaridade aparece conceituada com termos e expressões como reciprocidade, complementaridade entre disciplinas, por não haver ainda uma efetiva vivência concreta dela em atividades de ensino, ação e pesquisa, constituindo-se mais como desejo ou meta que propriamente como prática.

Minayo (1991) também assume a dificuldade de consenso no conceito, por pressupor duas formas de interdisciplinaridade: a implícita, interna à racionalidade científica, que resulta no surgimento de outras disciplinas; e a externa, que diz respeito ao campo de ação onde interagem ciência, técnica e política para gerar uma intervenção social, como na saúde.

Almeida (2000) a partir de uma leitura de autores brasileiros sobre o tema, divide-os em três grupos com três tendências: 1) aqueles que utilizam as abordagens integradoras como possibilidade de um conhecimento mais concreto; 2) os que criticam a primeira tendência: a pan – interdisciplinaridade como um fetiche; 3) os teóricos da complexidade: abordagens integradoras como resposta aos objetos complexos.

A abordagem integradora como possibilidade de um conhecimento mais completo vem como uma crítica à fragmentação do conhecimento e ao “babelismo” científico. Ela pontua que a pulverização do saber foi responsável por encastelar os pesquisadores em minifúndios de saber, afastando-os da perspectiva de vincular processo de produção científica às necessidades sociais, o que resultou em dar respostas parciais e insuficientes aos problemas apresentados pela realidade. Os teóricos dessa corrente (Japiassu, Fazenda, Gusdorf, etc.) acreditam que, para se buscar a interdisciplinaridade, seria necessária mais uma mudança de atitude do pesquisador (superar a resistência ao novo), do que uma abordagem técnica. Por isso, esse pensamento é também conhecido como *Filosofia do Sujeito*.

Os críticos à pan-interdisciplinaridade como fetiche situam o caráter espaço-temporal como uma variável fundamental na construção da interdisciplinaridade, já que a esse dado se vincula a autonomia do pesquisador. Outra variável importante seria a competência que é socialmente atribuída e que determina as relações de poder aos detentores de conhecimento. Para esses autores (Coimbra, Chauí, Frigotto, Jantsch & Bianchetti), as abordagens integradoras são importantes para a destituição dos especialismos impostos pelo positivismo e o questionamento da divisão social do trabalho, instaurando um caminho novo para o conhecimento. Essa corrente, porém, critica a visão da interdisciplinaridade como uma panacéia para todos os males do conhecimento. Essa crítica se embasa na falta de questionamento dos aspectos aqui apresentados e no fato de a interdisciplinaridade ser vista, hoje, como uma imposição das novas formas de tecnologia, o que apresenta o risco de padronização das relações entre sujeito / objeto / projetos. Os autores acreditam que as questões contemporâneas necessitam de debates e soluções que impliquem capacidade de diálogo; pessoas competentes em suas disciplinas; discussão aprofundada de conceitos, competências, métodos e cooperação na análise de resultados; debate crítico da relação saber/poder e da alienação das pesquisas em relação ao contexto social.

A terceira corrente (destacamos os autores Almeida Filho, Garcia, Funtowicz & Ravetz), que trabalha a abordagem integradora como uma resposta aos objetos complexos, toma essa abordagem como uma forma de resolver os problemas que a fragmentação excessiva do conhecimento gerou. Esses autores propõem um retorno à capacidade de gerar sínteses. Outra premissa desse grupo é a convicção de que não são possíveis abordagens integradoras no abstrato, sendo necessário resgatar a complexidade do real. Almeida Filho (apud Almeida, 2000), escreve que

“o objeto complexo é sintético, não linear, múltiplo, plural e emergente. Ele justifica uma abordagem em que a organização convencional da ciência, em disciplinas autônomas e até estanques, é superada por novas modalidades de práxis científica, instaurando formas alternativas da disciplinaridade”.

Para esse autor, os objetos complexos da atualidade exigem soluções onde o político dialoga com o técnico. Dessa forma, propõe abordagens que transcendam ao interdisciplinar, buscando a transdisciplinaridade.

Jantsch e Bianchetti (1995) fazem uma crítica à primeira corrente - *Filosofia do Sujeito* - colocando-a como a-histórica. Para eles, o pressuposto da fragmentação do conhecimento, a formulação de um sujeito coletivo passível de viver a interdisciplinaridade em qualquer espaço de atuação e a concepção de que a produção do conhecimento estaria garantida se ancorada no trabalho em parceria independente da forma histórica de inserção desse trabalho avalizam e mascaram uma postulação de dominação e poder. Eles concluem:

“Abdicar da percepção que, nos diferentes momentos históricos, a produção da existência e, por decorrência, do conhecimento, processou-se de diferentes formas e meios, sempre com base nas condições objetivas de cada contexto. Abdicar desta percepção significa conceber o conhecimento como um estranho *sopão epistemológico e metodológico*, no qual se confundiriam o objeto – como algo secundário – e o sujeito – como mera soma de indivíduos aleatoriamente distribuídos nas diversas ciências e/ou disciplinas” (grifo do autor) (Jantsch e Bianchetti, 1995:17).

Refletindo sobre nosso campo - a saúde, encontramos também dificuldades em delimitar e clarificar o que se entende por interdisciplinaridade e mesmo como ela se faz presente na prática cotidiana.

Três teóricos da interdisciplinaridade têm sido bastante debatidos quando se busca explicar e encontrar soluções para a problemática aqui apresentada. G. Gusdorf, com a interdisciplinaridade da convergência; J. Habermas, com a interdisciplinaridade hermenêutica cooperativa; e Leão com sua crítica à funcionalidade da ciência.

A teorização de Gusdorf critica a fragmentação disciplinar na medida em que ela propicia a “perda do sentido humano” (Gusdorf, 1976: 24), não tomando o homem como ponto de partida e chegada do conhecimento. Ela propõe “uma” ciência humana que rearticule as demais ciências em torno do humano. Para ele, a interdisciplinaridade passaria pela dimensão filosófica, e sua condição básica seria a ética. Siebeneichler (1995) aponta que Gusdorf, apesar de pontuar com clareza o equívoco da fragmentação do saber, é idealista na proposta de mudança. Ele ainda comenta o caráter totalitário que a interdisciplinaridade da convergência toma.

Habermas parte de uma constatação também anunciada por Gusdorf, a saber, que o conceito moderno de racionalidade afasta os elementos ético-normativos e estético-subjetivos do mundo atual.

Para Siebeneichler, o que distingue os autores são as soluções propostas para esse problema. Para Habermas, a interdisciplinaridade também tem como ponto basal a filosofia, porém esta assume uma postura crítica, estabelecendo uma relação dialética e não hierarquizada com as ciências. Comentando esse ponto, Minayo (1991:73) salienta: “a filosofia declina de seu espaço de tribunal da razão para ser mediadora entre os experts das ciências e o mundo da vida cotidiana”.

A perspectiva habermasiana concebe um agir comunicativo que pressupõe um agir sobre o objeto (conhecendo-o e dominando-o) e a interação sujeito/ sujeito, onde se propõe a partilha sobre o que significa conhecer (pessoas, coisas, objetos). Para ele, a interdisciplinaridade passa por três pressupostos:

- A ciência não tem apoio concreto. Sua construção se faz por um processo racional de inter-relação de saberes, mundo vivido e vida prática.
- Diálogo entre os diversos saberes, requerendo o reconhecimento dos limites e das possibilidades de cada disciplina e pesquisador, bem como a abertura para diálogo crítico que possibilite o trânsito entre as diversas linguagens.
- A interdisciplinaridade só se faz condicionada ao mundo cotidiano.

Leão (1992) aborda a interdisciplinaridade de uma perspectiva diferente da dos autores mencionados, lançando nova luz sobre a problemática.

Para ele, a ciência hoje, busca de forma incessante uma padronização de suas estruturas, tendo a funcionalidade como ponto central. Ele critica essa postura que gera um não reconhecimento e/ou apagamento do real:

“(...) a natureza e a história; o indivíduo e a sociedade; o dado e o fato; a coisa física e o valor simbólico; os impulsos e a fantasia, progressivamente tudo foi sendo reduzido a um universo só, ao universo dos objetos e dos sujeitos da apresentação e representação. (...) E somente o que puder tornar-se objeto de apresentação e representação da e para a disponibilidade do sujeito é e vale como real”.(Leão, 1992: 7)

A inter e transdisciplinaridade, nesse contexto é uma tecnologia que visa manter a funcionalidade da ciência, garantindo a ampliação de práticas comprometidas com a transformação do real em objetividade.

Leão faz, ainda, uma crítica à importação de modelos científico -culturais cunhados para realidades histórico-sociais diferentes da nossa. Ele alerta para a importância de se perceberem as questões do poder e da dominação embutidas nessa forma de inter e transdisciplinaridade, bem como o seu impacto sobre a



sociedade. Observamos que o ponto central da obra de Leão é a padronização da “verdade” em detrimento da aproximação com o essencial da vida humana.

### 2.3.2 – Interdisciplinaridade e saúde

Alvarenga (1994) situa a Saúde Pública /Coletiva<sup>11</sup> em um campo interdisciplinar, apesar de demarcar não ser possível falar de uma tradição teórico-metodológica nesse sentido. Ela observa que esse caráter se evidencia quando se buscam as características de uma disciplina científica, enfatizando que a saúde pública/coletiva se constitui como uma área empírica possível de ser trabalhada por diversas e diferentes disciplinas. Ressalta sua condição ontológica para se caracterizar uma disciplina científica, uma vez que tem um objeto concreto - o processo saúde-doença - mas falta-lhe um aparato conceitual autônomo para explicá-lo, ou seja, um sistema teórico gerador de explicações para as várias questões apresentadas pelo objeto.

Aprofundando esse debate, a autora aponta que, ao pensarmos o campo da saúde em relação ao campo das ciências sociais, naturais e formais (lógica e matemática), pode-se caracterizá-la como uma “interdisciplina”, pois os fenômenos de seu campo são explorados pelas ciências sociais e naturais, tendo como apoio as formais.

Luz (2000) corrobora a posição de Alvarenga. Historicizando essa questão, ela afirma que o campo da saúde pública se torna interdisciplinar em meados do séc. XX, quando a crise político-ideológica que imperava no setor impulsiona modificações no conceito de saúde e gradual introdução de outros saberes para pensar seu campo. A introdução de disciplinas como direito, ética e ciências sociais reforçam e apóiam outras ciências da vida, até então sufocadas por disciplinas biologicistas ligadas somente à preservação da vida, demonstrando a importância delas para o entendimento do processo saúde-doença. Luz (2000: 62) enfatiza:

“Uma possível interdisciplinaridade no campo da saúde, incluindo as ciências sociais (e sua produção), está sendo construída a partir das exigências institucionais de gestão envolvendo o adoecimento das populações, que atingiram, nesta conjuntura de capitalismo globalizado,

---

<sup>11</sup> Nunes (1995) comenta que, etimologicamente, a palavra saúde origina-se do latim (salus) e significa: são, inteiro, salvo... em suma integralidade. Luz (2000: 55) nos alerta para o uso das expressões Saúde Pública e Saúde Coletiva. Segundo ela, a expressão Saúde Pública é definida, na década de 1980 como Saúde Coletiva, nas suas relações com as ciências sociais.”

uma complexidade inimaginável. (...) a saúde passa a ser vista agora como um domínio de conhecimento e intervenção, domínio compartilhado com outras disciplinas, e não mais como um mero objeto, por mais complexo que seja esse objeto”.

Para Gomes e Deslandes (1994), a interdisciplinaridade no campo da Saúde Pública passa a ter status de necessidade interna diante dos problemas complexos que a saúde impõe. Coincidentemente com as posições de Luz, esses autores acreditam que a ampliação do conceito de saúde (fruto do movimento da Reforma Sanitária, referendado pela VIII Conferência de Saúde e expresso na Constituição brasileira) exige uma nova postura na produção do conhecimento e na práxis em saúde. Eles demarcam o campo da Saúde Pública como um campo de correlação de forças, onde disciplinas se articulam tendo como pano de fundo a consciência social e política que emerge no confronto das práticas. Os autores pontuam, ainda, quatro obstáculos que a interdisciplinaridade enfrenta nesse campo: a tradição positivista e biocêntrica; os espaços de poder que o encastelamento disciplinar propicia; a falta de comunicação entre as instituições de ensino e pesquisa; as dificuldades próprias à interdisciplinaridade – operacionalização de conceitos, métodos e práticas entre as disciplinas.

Nunes (1995) aponta que a possibilidade da interdisciplinaridade está na articulação entre o conhecimento do fato humano e a prática. Para ele, não existe desejo puro de saber, saber descontextualizado. Albuquerque (apud Nunes, 1995), para demonstrar que, em sua grande maioria, os projetos interdisciplinares se fazem via a multidisciplinaridade, afirma que eles são mais uma cooperação entre pesquisadores e menos uma conjunção de disciplinas. Apesar de otimista quanto à possibilidade da interdisciplinaridade, que, para ele, traz a marca da criatividade, ele comenta estarmos diante de três dificuldades: a formação segmentada de recursos humanos na saúde, reflexão coincidente à de Gomes e Deslandes; a necessidade de que as demais disciplinas não atuem somente como um complemento à visão biológica na saúde (Nunes pontua a importância de se criarem ações de caráter prático e de intervenção que possibilitem um caminho mais dialogado), e o entendimento do universo como dinâmico. Seria abordar o universo como “vir-a-ser,” e não em sua forma estática de “ser”. Talvez possamos situar aí o aspecto criativo citado anteriormente.

Nesse sentido, Costa e Creutzberg (1999), comentando a postura do profissional de saúde necessária à prática interdisciplinar, ressaltam dois termos: singularidade e transformação. Quanto ao primeiro, podemos pensar na experiência, nas vivências e nos caminhos teóricos escolhidos pelo profissional e que perpassam sua prática cotidiana. A transformação diz respeito à postura de questionamento e à inquietude em busca de soluções e novos aprendizados. Ser interdisciplinar é se arriscar na busca do novo.

Minayo (1991: 76) avalia que a interdisciplinaridade na saúde só pode ser construída a partir de uma visão sócio-filosófica que faça uma crítica ao fragmentário e à visão funcionalista tradicional, mas que também consiga criar uma proposta epistemológica com axiomas comuns a um conjunto de disciplinas. Para ela, essa perspectiva é viável:

“Partindo da criação de um paradigma mais abrangente que supere a dominação do modelo biomédico e as concepções reducionistas das ciências sociais, o âmbito científico da saúde tem a seu favor sua ligação direta e estratégica com o mundo vivido, o mundo do sofrimento, da dor e da morte com o qual é chamado a se confrontar diariamente. Esse apelo cotidiano do serviço e da política social traz a área da saúde para a arena inquestionável da vida. E é no diálogo com esse radicalmente humano que está seu escudo para o salto qualitativo interdisciplinar. Aí a luta tem de ser travada na eleição das disciplinas, na escolha, no aprofundamento e na transitividade dos conceitos, da linguagem e da adequação entre métodos e técnicas e na busca de uma retórica capaz de traduzir para os leigos a linguagem dos técnicos que diz respeito aos assuntos importantíssimos referentes à vida, à saúde, à doença e à morte – assuntos que interessam a todos nós”.

Diante da posição de Minayo, fica clara a necessidade de uma reformulação do discurso e da práxis da Saúde Pública / Coletiva. Essa reconstrução deve ocorrer dentro de uma lógica interdisciplinar, pois só assim será possível retomar a complexidade do objeto da saúde. Esse processo só será legítimo se envolver todos os atores sociais participantes desse campo.

Pensar a saúde nessa perspectiva nos levaria a concebê-la como (...) “uma síntese cambiante. Um processo permanente de criatividade: modelo que nunca se completa, uma moda de não ser nunca o mesmo modelo” (Campos, 1992b:16), ou seja, campo fértil para desafios, descobertas e construção de projetos interdisciplinares.

### CAPÍTULO 3 - CAMINHO METODOLÓGICO

A complexidade do campo da saúde já nos aponta indicações metodológicas, uma vez que esse campo exige uma abordagem que atenda a tal complexidade. Dentro dessa perspectiva, optou-se pela utilização da pesquisa qualitativa.

Ressaltamos que essa escolha não se pauta no pensamento positivista que opõe a pesquisa qualitativa à quantitativa, pois, como afirma Minayo (1999), não existe aí oposição. Essa pesquisadora nos lembra que a pesquisa qualitativa se diferencia ao incluir a subjetividade como integrante do fenômeno social.

Essa concepção nos fornece instrumentos teóricos e técnicos concisos para trabalharmos as representações tecidas pelos diversos sujeitos no campo social. Ela nos possibilita compreender o sujeito como produtor e produto desse campo social.

Dentro dessa perspectiva, optou-se por realizar um estudo de caso. Esse método, segundo Yin (2001:32), permite abordar fenômenos sociais complexos por resguardar as características holísticas e significativas da realidade dos contextos estudados. Ele lembra, ainda, que o estudo de caso nos possibilita “investigar um fenômeno dentro de seu contexto da vida real, especialmente quando os limites entre o fenômeno e o contexto não estão claramente definidos”.

Esse pensamento nos remete à teoria de Luna (2000), que nos alerta para o fato de que o pesquisador é um *interprete da realidade* e que essa interpretação é cunhada a partir de sua postura teórico-epistemológica. Esse autor defende o compromisso social do pesquisador ao afirmar que o que está em questão é a produção de um conhecimento que tenha credibilidade e relevância teórica e/ ou social.

A interpretação citada por Luna e a pintura à qual faz referência Demo (1985)<sup>12</sup> ao tratar da questão da objetivação das pesquisas no campo dos fenômenos sociais, onde se inscreve a saúde, apontam a necessidade de uma escolha metodológica norteadora que faça os ajustes pertinentes na relação objeto de estudo, referencial teórico e instrumento de pesquisa.

Abordaremos neste capítulo as escolhas dos instrumentos para coleta e análise

---

<sup>12</sup> Demo (1985) analisando a objetivação nas pesquisas em ciências sociais, afirma que o que se pode ter dos fenômenos sociais é menos um retrato e mais uma pintura, a saber, algo da subjetividade do pesquisador se encontrará sempre expressa em sua visão da realidade.

dos dados, bem como a descrição do município pesquisado, enfatizando a organização de seus serviços de saúde e especificando os recortes feitos em função da pesquisa.

### 3.1 – Caracterização da região de estudo

O Município de Contagem localiza-se na região central do Estado de Minas Gerais. Com uma cultura *sui generis*, onde características rurais e industriais convivem harmonicamente, o município conta hoje com 536.408 habitantes<sup>13</sup> e coloca-se, do ponto de vista sócio-econômico, como uma das cidades mais importantes na geração do PIB estadual.

A atividade industrial, que se iniciou em 1941 com a instalação do parque industrial Juventino Dias, continua sendo a principal atividade econômica do município, detendo cerca de 74% da força de trabalho e 59,2% de sua produção.

O município caracteriza-se por uma população jovem: 29,48% se encontram no grupo etário de 0 a 14 anos; 58,77% na faixa etária de 15 a 49 anos; e 11,75% no grupo de 50 ou mais anos.

O modelo assistencial proposto pela Secretaria Municipal de Saúde para o município tem características basicocêntricas, ou seja, é hierarquizado tendo sua ênfase na atenção primária, sem deixar de propor ações nos outros níveis de atenção, como prevê a lei orgânica da saúde – lei nº 8080/90. Para implementar esse modelo, Contagem conta, hoje, com 86 equipes de PSF (Programa Saúde da Família); 27 Centros de Saúde; 4 Policlínicas; um Centro de Consultas especializadas, uma Maternidade e 1 Hospital geral com 87 leitos. A rede pública do município conta com o apoio de serviços complementares conveniados: 2 Hospitais Gerais; 15 Clínicas de consultas especializadas e 369 leitos conveniados com o Sistema Único de Saúde.

Os diversos serviços de saúde estão distribuídos em 7 distritos sanitários. A divisão desses distritos se realizou a partir do estudo do perfil epidemiológico da população. Segundo Mendes (1992), no país existem duas concepções diversas de Distrito Sanitário. A primeira topográfico-burocrática, que se dá pela divisão territorial do município, com a nomeação de gerente para cada fatia do território. Essa

---

<sup>13</sup> Censo demográfico 2000, atualizado para 2001 pelo Ministério da Saúde.

concepção é predominante no país. A segunda avança no sentido de garantir melhor qualidade de vida à população, quando não concebe o distrito sanitário somente como uma instância político-jurídica, mas como um processo de transformação das práticas sanitárias onde é relevante o papel da epidemiologia. Nesse autor, percebe-se que a proposta de distritalização não se atém ao território geográfico, e, sim, a um território cultural, econômico, político e epidemiológico.

O modelo assistencial de Contagem, apesar dos entraves estruturais que enfrenta, se delineia a partir da segunda concepção.

Para a realização da pesquisa de campo, optou-se pelo trabalho com um único distrito sanitário – o Distrito Sanitário Centro. A escolha desse Distrito se deu de forma aleatória.

O Distrito se caracteriza por apresentar uma população com situação sócio - econômica -cultural privilegiada em relação à dos demais distritos. Abrange cerca de 150.000 habitantes, aproximadamente 28% da população do município. Tem uma rede de serviços de saúde instalada que abarca 6 centros de saúde, 2 equipes de PSF, 1 clínica de especialidades, 2 farmácias e 1 centro de referência em saúde mental – NAPS.

A coordenação do Distrito ainda aponta o fato de ele ser referência de treinamento (sala de vacina, curativo, etc.) para outros distritos. Conta, também, com o maior número de equipes de Saúde Mental.

Em relação aos recursos humanos,<sup>14</sup> são alocados no Distrito Centro 195 profissionais de nível universitário (nossa pesquisa focou somente esses profissionais, como será explicitado posteriormente), sendo, em sua maioria, médicos (65%). Esse dado é coincidente com os apontados por outros estudos acerca dos recursos humanos em saúde no Brasil, que apontam a hegemonia do profissional de medicina nesse setor, apesar da crescente tendência de contratação de profissionais não-médicos para a configuração das equipes de saúde (Peduzzi, 1998).

A pesquisa foi realizada em dois Centros de Saúde do Distrito. A escolha por trabalhar em Centros de Saúde se deu pelo fato de eles apresentarem grande importância na realização das ações básicas de saúde – prevenção e promoção. É sabido que a realização dessas ações, de modo a resguardar sua eficácia e

---

<sup>14</sup> A secretaria de saúde não disponibilizou os dados referentes ao número total de profissionais de saúde (nível universitário, nível médio e elementar), não sendo possível incluí-los nesta dissertação.

resolutividade, faz-se com a participação de uma equipe multiprofissional. Logo, esses equipamentos de saúde se mostraram como ambientes de pesquisa privilegiados, já que as ações que comportam incentivam a interação entre as diversas categorias profissionais.

Os Centros de Saúde foram selecionados a partir das entrevistas realizadas com a Coordenadora de Programas da Secretaria Municipal de Saúde e com a Coordenadora do Distrito Sanitário. Os indicadores que embasaram esse recorte foram a maior diversidade de categorias profissionais e a realização de grupos de educação em saúde com a participação de profissionais de categorias diferentes.

### 3.1.1 – Centros de Saúde

Os Centros de Saúde, aqui denominados C1 e C2, apresentam estrutura física bastante diferenciada.

C1 encontra-se instalado em um Centro Comunitário, onde são também realizadas outras atividades da comunidade. Sua estrutura física se constitui de salão para reuniões; consultórios de clínica médica, pediatria e ginecologia; sala de enfermagem; sala de assistente social (a fisioterapeuta atende também na sala em outro horário); sala de vacina; sala de curativo; sala de esterilização; sala de coordenação; sala de coordenação administrativa; copa e recepção. Conta, ainda, com um consultório odontológico, sendo referência para atendimentos de urgência e clientela especial.

É também referência municipal para tratamento de hanseníase.

Sua equipe é composta por 17 profissionais de nível universitário (somente 13 estão trabalhando no momento da pesquisa, os demais se encontravam em licença médica ou em férias) e 20 profissionais de nível médio e elementar. Somente um profissional de nível universitário não é da área biomédica.

Este Centro de Saúde faz em média dez mil e setecentos atendimentos por mês (dado disponibilizado pelo gerente do Centro). Esses atendidos englobam os diversos procedimentos realizados no serviço, para o foco de nossa pesquisa cabe ressaltar os diversos grupos realizados, como apontamos a seguir:

- Grupos de educação em saúde – hanseníase; hipertensão; diabetes; obesidade; puericultura; pré-natal; planejamento familiar.
- Programa de combate às carências nutricionais.

O C2 tem instalações próprias apresentando estrutura física semelhante à citada na descrição de C1, excetuando o consultório odontológico, pois não faz parte do quadro funcional o profissional de odontologia. Outra característica do C2 é ter o salão de reuniões como anexo à construção principal. Nesse salão, além dos grupos de educação em saúde, realizam-se com maior periodicidade oficinas terapêuticas e grupos operativos, uma vez que, neste Centro de Saúde, há um número maior de profissionais de saúde mental.

O quadro de funcionários do Centro de Saúde é composto por 11 profissionais de nível universitário, e 12 profissionais de nível médio e elementar. Entre os profissionais de nível universitário somente 04 não são da área biomédica.

A assistência prestada se constitui por atendimentos individuais, grupos de puericultura, planejamento familiar e oficinas terapêuticas. O número médio de atendimentos nos diversos serviços oferecidos pela unidade é de nove mil e trezentos por mês (dado indicado pelo gerente do Centro).

Os dois centros de saúde têm coordenação administrativa indicada pela Secretaria Municipal de Saúde e coordenação técnica realizada pela enfermeira lotada no serviço.

Segundo as entrevistas realizadas com as coordenações de programas e do Distrito, os Centros de Saúde atendem por áreas de abrangência, mas de forma flexível, a saber, não negam atendimento a usuários de outras áreas, mas os orientam. Esses serviços objetivam, segundo a Secretaria Municipal de Saúde, a promoção, prevenção e a recuperação da saúde, dando ênfase aos dois primeiros itens.

### **3.2 – Coleta de dados**

A coleta de dados foi realizada através de entrevistas semi-estruturadas, seguindo um roteiro previamente elaborado (anexo I).

Minayo (1999) nos informa que não existe grande variação nos conceitos emitidos pelos diversos autores para entrevista de pesquisa. Esta seria uma forma de buscar informações objetivas e subjetivas (atitudes, valores e opiniões do entrevistado) sobre um objeto de pesquisa, via uma conversa a dois, proposta por iniciativa do pesquisador.



Marconi e Lakatos (1990) ressaltam que, para alguns pesquisadores (Best, 1972; Goode e Hatt, 1969), a entrevista é o instrumento privilegiado de pesquisa social.

Yin (2001) faz afirmativa semelhante ao abordar a entrevista como uma fonte essencial de informação para os estudos de caso. Mas nos alerta para o fato de que as entrevistas, como relatos verbais, estão sujeitas às singularidades do entrevistado e podem trazer imprecisões, preconceitos, articulações pobres, etc. Cabe ao pesquisador ficar atento a esses fatos e buscar formas de corroborar os dados obtidos nas entrevistas.

Existem vários tipos de entrevistas: estruturada, semi-estruturada, aberta ou não-dirigida. A diferença entre esses tipos está no nível de direcionamento e controle exercido pelo pesquisador. Vale ressaltar, como assinala Minayo (1999), que nenhuma abordagem de pesquisa é totalmente aberta, uma vez que se encontra direcionada a captar aspectos do objeto de estudo.

Enfocaremos aqui a entrevista semi-estruturada, instrumento de nossa pesquisa. O que caracteriza a entrevista semi-estruturada, bem como a aberta, é a possibilidade de se distanciar de uma comunicação superficial, possibilitando o acesso a um nível de comunicação onde se expresse a representação que os sujeitos entrevistados fazem do objeto de pesquisa.

Um dos dificultadores na consecução desse objetivo é a interação entre o pesquisador e o entrevistado. Na pesquisa qualitativa, o pesquisador não é neutro. Ele também é visto como um sujeito social e individual, podendo despertar resistências no entrevistado ou estabelecer uma relação de confiança com ele. Sua inter-relação com o entrevistado assume um papel importante, por ser um elo afetivo facilitador da fala sobre as experiências do cotidiano, tornando-se condição fundamental para o sucesso da pesquisa.

Nossa entrada no campo de pesquisa se deu via entrevista com o Coordenador dos Centros de Saúde e posterior apresentação por eles aos membros das equipes.

As entrevistas se realizaram de duas formas: gravadas em fitas cassetes ou manuscritas, de acordo com o desejo dos entrevistados. Tiveram duração média de 40 minutos.

A adesão à proposta de entrevista se deu de forma espontânea e verificou-se ser maior no C2. As não adesões foram justificadas pelo excesso de trabalho e falta de tempo.

As entrevistas foram realizadas pela pesquisadora no próprio local de trabalho dos entrevistados, no período de abril/maio de 2002.

### **3.3 – Público alvo**

As entrevistas realizadas com os coordenadores do Distrito Sanitário e com os gerentes dos Centros de Saúde nos revelaram que somente os profissionais de nível universitário participavam dos grupos de educação em saúde. A justificativa para esse fato, segundo os entrevistados, funda-se na deficiência numérica de profissionais de nível médio. Esses profissionais, na instituição, exercem atividade técnica e são supervisionados pela enfermeira.

Propusemos, dessa forma, um segundo recorte e tomamos como alvo da pesquisa os profissionais de nível universitário dos 2 Centros de Saúde mencionados. Seguimos, assim, a orientação metodológica proposta por Minayo (1999) na qual a autora ressalta que, na pesquisa qualitativa, a amostragem não necessita seguir critérios numéricos: o ideal é que ela espelhe as diversas dimensões do objeto de pesquisa.

Foram realizadas 16 entrevistas, distribuídas da seguinte forma:

C1 – 6 entrevistas;

C2 – 10 entrevistas.

Estas foram realizadas com profissionais de diversas categorias: 2 assistentes sociais; 1 odontólogo; 3 enfermeiros; 1 fisioterapeuta; 7 médicos; 2 psicólogos.

A caracterização dos profissionais entrevistados pode ser observada no quadro 2. As entrevistas foram numeradas e, quando citadas no texto, serão denominadas pela numeração.

Observando-se o quadro, percebe-se que 68,75% dos profissionais entrevistados são do sexo feminino, o que vai ao encontro das pesquisas realizadas sobre recursos humanos na saúde no Brasil.

Outra característica a ser destacada é o tempo de formação dos profissionais: 6,25% têm de 1 a 5 anos de formados; 25,0% de 5 a 10 anos; 37,5% de 10 a 15 anos e 31,25% mais de 15 anos. Logo, 68,25% dos profissionais entrevistados têm mais de 10 anos de formação e contam com uma sólida experiência profissional.

Quanto ao tempo de trabalho na instituição, a maioria (37,5%) dos profissionais encontra-se com até 5 anos de inserção no serviço. Podemos atribuir esse dado aos

recentes concursos públicos realizados pelo município. Os demais profissionais assim se distribuem: 25%, na faixa de 5 a 10 anos; 18,75%, entre 10 a 15 anos; e 18,75%, com mais de 15 anos. Esses dados demonstram que as equipes já não se encontram mais em período de adaptação, pois, já estão no mesmo Centro de Saúde há alguns anos, o que deveria contribuir para sua maior integração.

Retomando o mencionado sobre o concurso público, 87,5% dos profissionais são concursados, e 12,5%, contratados.

Apesar desse dado, é interessante notar que os políticos da região ainda têm grande influência sobre a contratação de recursos humanos para os diversos setores da administração.

### **3.4 – Análise dos dados**

Para Yin (2001:31) a análise dos dados pressupõe “examinar, categorizar e recombinar as evidências tendo em vista proposições iniciais de um estudo”.

Nossa análise das entrevistas buscou abarcar um duplo viés, a saber: a totalidade dos relatos das entrevistas, bem como o material de cada uma e as relações possíveis entre elas. Nesse sentido, consideramos o relato específico de cada profissional, o conjunto de relatos de cada Centro de Saúde e, posteriormente, o conjunto da amostra, sempre relacionando-os ao contexto do município.

Essa leitura nos possibilitou identificar as repetições, os antagonismos, os paradoxos e as representações emergentes a serem lidas via o referencial teórico proposto.

Para efetivar essa leitura, apoiamo-nos nos estudos de Yin. Esse autor deixa claro que as técnicas para analisar as evidências de um estudo de caso ainda não foram bem definidas. Ele sugere uma análise baseada nos pressupostos teóricos que levaram ao estudo de caso: “os objetivos e o projeto originais de estudo baseiam –se em pressupostos que refletem o conjunto de questões da pesquisa, as revisões feitas na literatura sobre o assunto e as novas interpretações que possam surgir” (Yin, 2001: 133). Essas proposições formatariam a coleta de dados e, conseqüentemente, estabeleceriam a prioridade e a estratégia analítica, agindo como um guia da análise do estudo de caso. Neste estudo, elegemos as concepções expressas pelos trabalhadores sobre o trabalho coletivo em saúde e a interdisciplinaridade como nossa prioridade de análise.

Ressaltamos nossa clareza de que o conhecimento construído aborda apenas um recorte da realidade e, por ser circunscrito a um espaço/ tempo político-social, é passível de mudanças contínuas. Lukács (apud Minayo, 1999) comenta que nossos conhecimentos são apenas aproximações da realidade e, por isso, sempre relativos, mas ressalta que, na medida em que representam a realidade objetiva que escapa à nossa consciência, são absolutos.

Ele conclui que a convivência desse relativo e absoluto é que dá ao conhecimento seu caráter de unidade dialética indivisível. Dessa forma, o processo do conhecimento segue um curso dialético, onde consensos e pontos de chegada estão em constante movimento.

**Quadro 2 - Caracterização dos profissionais entrevistados**

<b>Número</b>	<b>Categoria Profissional</b>	<b>Sexo</b>	<b>Tempo de Formação</b>	<b>Local de trabalho</b>	<b>Tempo de trabalho na instituição</b>	<b>Forma de ingresso na instituição</b>
E1	S. social	Feminino	10 - 15 anos	C1	05 - 10 anos	Concurso público
E2	S. social	Feminino	10 - 15 anos	C2	10 - 15 anos	Concurso público
E3	Enfermagem	Feminino	+de 15anos	C1	+de 15anos	Concurso público
E4	Enfermagem	Feminino	+ de 15anos	C1	10-15 anos	Concurso público
E5	Enfermagem	Feminino	5 - 10 anos	C2	5 - 10 anos	Concurso público
E6	Fisioterapia	Feminino	5 - 10 anos	C1	1 - 5 anos	Contrato administrativo
E7	Medicina	Masculino	10 - 15 anos	C2	1 - 5 anos	Concurso público
E8	Medicina	Feminino	+ de 15anos	C2	+ de 15anos	Concurso público
E9	Medicina	Masculino	10 - 15 anos	C2	5 - 10 anos	Concurso público
E10	Medicina	Masculino	+ de 15anos	C1	+ 15anos	Concurso público
E11	Medicina	Masculino	5 – 10 anos	C2	1- 5 anos	Concurso público
E12	Medicina	Feminino	10 - 15 anos	C2	1 - 5 anos	Contrato administrativo
E13	Medicina	Masculino	10 - 15 anos	C2	10 - 15 anos	Concurso público
E14	odontologia	Feminino	1 - 5 anos	C1	1 - 5 anos	Concurso público
E15	Psicologia	Feminino	+ 15anos	C2	5 - 10 anos	Concurso público
E16	Psicologia	Feminino	5 - 10 anos	C2	1 - 5 anos	Concurso público

## **CAPÍTULO 4 – APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS**

“Antes, nada se via, nada se percebia, nada se sentia. O esquema funcional de atividade, meio e fim escondia a essência do caminho que vem e vai para o desconhecido e não sabia da realidade. Agora tudo mudou. E não apenas se faz novo. Tudo agora se apresenta cada vez com a novidade da primeira vez. Cada passo é uma aventura. Passeando pela essência da realidade, nossos passos caminham pela originalidade de caminho, caminhar e caminhante” (Leão, 1992: 18).

Cada pesquisa é uma descoberta para a qual o pesquisador deve estar aberto e atento, despindo-se de todos os “pré-conceitos” existentes para conseguir ver o novo.

A aproximação com os profissionais dos dois Centros de Saúde nos possibilitou perceber realidades que ora se opõem, ora se superpõem como idênticas. O contato com estes profissionais nos fez confirmar algumas de nossas hipóteses e nos surpreender com dados novos.

Optamos por dividir este capítulo em tópicos que correspondem aos temas propostos aos entrevistados.

### **4.1 – Conhecendo os profissionais e seu contexto institucional**

No quadro 2, observamos uma visão global da população estudada – profissionais de nível universitário, em sua grande maioria com mais de 10 anos de formação e com esse tempo de trabalho na instituição, o que nos faz descartar um possível período de adaptação e também supor um conhecimento por esses profissionais da forma de trabalho construída e implementada por essas equipes.

Chama-nos a atenção o fato de 68,75% dos entrevistados terem curso de especialização, não sendo estes porém de mestrado ou doutorado, mas de especialização “lato sensu” ou residência em suas respectivas áreas. Somente 31,25% dos profissionais têm apenas graduação. Esses números vêm corroborar a tendência, já demonstrada, da crescente especialização na área.

Esse fato torna-se ainda mais evidente quando se percebe que os trabalhadores que elaboraram trabalhos científicos nos últimos 5 anos, fizeram-no com parceiros da mesma profissão.

**Tabela 1 – Elaboração de Trabalho científico pelos profissionais**

<b>Elaboração de trabalho científico</b>	
<b>Sim</b>	<b>não</b>
37,5%	62,5%

Esse dado pode revelar uma verticalização e restrição do conhecimento em detrimento da sua coletivização e horizontalização. Pires (1996) e outros autores já alertaram para esse fato. Eles comentam que a própria formação universitária propicia esse acontecimento, quando nos fornece muito mais um aprendizado de partes do que do todo. No campo, alguns profissionais tendem a tomar a parte pelo todo.

Nunes (1995) cita Piaget, que comenta a ignorância que reina entre os profissionais acerca do saber de outras profissões. Ele comenta tal fato ao constatar, por exemplo, que um psicólogo ignore lingüística, economia, lógica simbólica, etc. Esse fato que o autor circunscreve para as ciências humanas pode ser estendido às ciências biomédicas e às sociais, que compõem o campo da Saúde Pública.

Esse não saber poderia ser solucionado com a formação dos recursos humanos, logicamente entendida de forma mais ampla, e não restrita à capacitação escolar.

Quando pesquisamos essa formação, ficou claro pela fala dos entrevistados, que não existe, de forma geral, uma preocupação da instituição com a formação de recursos humanos.

“Os grupos de estudo que ocorrem são por iniciativa nossa (profissionais). Nós conseguimos que a SMS nos liberasse uma vez no mês para reunião, mas isto acho que, além do Serviço Social, só a Enfermagem conseguiu. Mas não sei se elas (as enfermeiras) continuam se reunindo. Na reunião do Serviço Social, tentamos discutir nossa atuação na saúde, nos programas e discutir os problemas que enfrentamos no dia a dia” (E2).

“Existe reunião de profissionais de Saúde Mental com a coordenação de Saúde Mental para discussão do projeto a ser implantado. (...) não são todos os profissionais, cada posto tem uma referência técnica que vai à reunião. Tem mais psicólogo e assistente social participando, acho que psiquiatra só um. (...) Essas reuniões não são cursos ou treinamentos, isso está previsto para o ano que vem, segundo a coordenadora. Estamos esperando... Já estamos acostumados. Aqui, a cada administração muda tudo e começa do

zero. Pior é quando o treinamento repete tudo o que já havia sido discutido na administração anterior” (E15).

“Fazemos uma reunião semanal, a psiquiatra não participa por causa de seu horário de trabalho. Discutimos casos clínicos, acho que estas reuniões têm ajudado a formar a equipe” (E16).

“Tenho treinamento no programa de Hanseníase, mas aí é da Secretaria Estadual de Saúde” (E4).

Peduzzi e Schraiber (1993) atribuem esse fato da não formação dos recursos humanos à tendência tecnológica que erige a formação escolar como condição tecnológica necessária, reduzindo a educação à reprodução e à transmissão do conhecimento. O que se observa nessa perspectiva é uma formação escolar independente da práxis profissional e principalmente da prática da equipe multiprofissional e interdisciplinar.

As autoras alertam que o movimento da Reforma Sanitária traz a necessidade de recursos humanos com características novas, que possam atuar como agentes de mudança da própria prática.<sup>15</sup> Só assim se poderão efetivar os princípios de integralidade, equidade e universalidade propostos pelo Sistema Único de Saúde. Observamos nas falas tentativas espontâneas por parte dos trabalhadores de comporem uma prática coletiva.

Essas falas são enfatizadas quando indagamos especificamente sobre a existência de trabalho coletivo / em equipe na instituição.

**Tabela 2 – Existência de Trabalho coletivo nas instituições**

<b>Existência de trabalho coletivo / de equipe nas instituições</b>	
<b>sim</b>	<b>não</b>
87,5%	12,5%

Obs: 28,57% dos profissionais alegam que o trabalho em equipe é mais evidente no programa de hanseníase.

A tabela nos demonstra que é significativo, para esses profissionais, o trabalho coletivo. Os profissionais que responderam negativamente a essa questão deixam

<sup>15</sup> As autoras deixam claro que logicamente a reformulação dos serviços de saúde depende de uma gama de fatores sendo impossível consegui-lo só com a formação de RH, mas coloca esta formação como fundamental. Citamos aqui outros fatores listados por Peduzzi e Schraiber (1993: 300): “condições de estruturação institucional das práticas, as modalidades empresariais de sua disposição no mercado, as conexões da área pública e privada na produção social dos serviços e as formas correspondentes da institucionalização da clientela”.



claro seu descontentamento com o esfacelamento da prática de saúde nessas instituições. Dessa forma, podemos deduzir que a percepção de que o trabalho em saúde deve se dar de forma coletiva/ em equipe já existe no discurso desses trabalhadores, porém essa forma de trabalho ganha representações diferenciadas nesses discursos. Percebemos três formas de representação: aquelas pautadas na racionalidade e na resolubilidade da equipe; o trabalho coletivo como encaminhamento, ou seja, um profissional repassar um problema ao outro, e o trabalho em equipe como integração dos profissionais.

Na primeira forma, a equipe é pensada como solução racionalizadora que tem como produto uma maior resolutividade diante dos problemas enfrentados no cotidiano do trabalho.

“O trabalho coletivo ocorre no entrosamento do grupo e na boa resolutividade dos problemas e questões que surgem no dia-a-dia da instituição” (E7).

“A interação das funções no serviço é fundamental para a compensação do número reduzido de profissionais. Existem integração e delegação solidária de funções com um objetivo final pré-estabelecido” (E11).

Torna-se importante nos determos nesse conceito – resolutividade, um neologismo, uma vez que o termo encontrado nos dicionários é resolubilidade, significando principalmente aquilo que é passível de resolução. O conceito de resolutividade é mais amplo. Optamos por adotar o conceito exposto por Campos, F.E. (1988:18): “Resolutividade é eqüivalente à conjugação entre os indicadores de efetividade (entendida como produto entre eficiência e eficácia) e a satisfação”. É necessário entender os termos desse conceito: efetividade é a relação entre as ações úteis e o custo para a sua execução, e satisfação é um componente que inclui a subjetividade dos usuários do sistema de saúde, ou seja, se os serviços respondem às expectativas desses usuários e em que níveis ou graus. Para o usuário, nem sempre satisfação irá se confundir com resolutividade.

Vale ressaltar que o conceito de resolutividade é relativo aos serviços, sua forma de organização, infra-estrutura e objetivos aos quais estão institucionalmente destinados.

Na década de 1970 / 1980, com a crise financeira da Previdência Social, o conceito de resolutividade ganha um contorno normativo, visto que se pretendia, naquele momento, a contenção de gastos no setor. Foi nesse período que se

criaram programas de racionalização que se caracterizavam pela contratação de serviços médicos autônomos para atender à demanda em consultórios privados. O objetivo desses programas era descongestionar as filas dos serviços de saúde, porém há indícios de que esses programas burlavam de forma bastante intensa a Previdência Social e não solucionavam o problema assistencial do país. Através desse fato, podemos constatar a inviabilidade dessa proposta altamente privatista.

Existe, ainda, segundo Campos, F.E. (1988), uma concepção de resolutividade construída pelos trabalhadores de saúde da rede pública, que se encontra alicerçada na visão clínica dos processos saúde-doença em relação às tecnologias e à organização dos serviços. Esses trabalhadores se preocupam com a integração entre os níveis de assistência e com equipamentos e medicamentos disponibilizados para o trabalho diário. Para os trabalhadores, a resolutividade se coloca no enfrentamento clínico dos processos saúde-doença em sua expressão singular, como aparece nas falas citadas.

Apesar da controvérsia trazida por essas acepções de resolutividade, o teor qualitativo dos serviços ainda é pouco questionado. É necessário ter claro que os desenvolvimentos quantitativo e qualitativo devem se dar concomitantemente, pois, caso contrário, graves distorções ocorrem na assistência prestada ao usuário.

Retomando os dados apresentados, percebemos que o trabalho coletivo é visto também como encaminhamento e/ou repasse de problemas de um profissional a outro.

“Porque o paciente é abordado por vários profissionais do Posto de Saúde, atendendo todas as suas necessidades. Encaminhamos os pacientes sempre que julgamos necessário” (E11).

“O trabalho que realizamos nos grupos, os médicos participam. Mas não sei se há interesse da parte deles, pois o papel do médico no grupo é de dar encaminhamento aos pacientes” (E1).

“Não vejo só o paciente dentro da minha especialidade. Sempre trabalho em conjunto, encaminhando os pacientes. Encaminho principalmente para os médicos. Nos grupos não participo, eu até gostaria mas não sei como ainda. O trabalho do dentista aqui dentro é meio isolado” (E14).

Esse dado é coincidente com as pesquisas de Peduzzi (1998) que relatam existir em equipes que trabalham como um agrupamento de agentes. Nessas equipes, o

que se nota é o que foi retratado nas falas: justaposição de ações sem que elas formatem um projeto assistencial único. Dessa forma, como relatado pela entrevistada E1 os profissionais não sabem integrar seus papéis às ações propostas. A autora escreve que, nessa tipologia de equipe, a comunicação é deficitária e as relações de poder mais explícitas. Podemos avaliar com Campos (1992a e 1997) e Merhy (1997), que esses profissionais se encontram num processo de distanciamento de sua obra e alienados num trabalho morto.

Esses dados também são condizentes com as pesquisas de Schneider, Durman e Dias (2001), que encontram respostas semelhantes e alertam para a inexistência de interdisciplinaridade nessa forma de trabalho. Nela, o usuário é reponsabilizado a fazer uma integração, ainda que deficitária, do trabalho em saúde quando é colocado a visitar várias especialidades.

No entanto, percebemos que, nos dois Centros de Saúde, em especial no C1, essa prática convive com projetos que buscam maior integração da equipe. Questionamo-nos por que práticas distintas convivem no mesmo ambiente e por que uma não influencia a outra.

“No programa de hanseníase, existem uma troca de idéias e um crescimento profissional muito grande. A resolutividade é maior. O paciente sente segurança, a equipe é coesa. Nos outros programas, em menor grau. A discussão de casos é menor” (E3).

“Sempre que há necessidade, os profissionais se complementam. Mas, ao meu ver, poderia ser de forma mais sistemática. Falta planejamento para tal” (E4).

“Estamos, sempre que possível, tentando ver o paciente como um ser holístico e, para tal, precisamos de uma equipe multidisciplinar no acompanhamento desse paciente” (E5).

“O trabalho na nossa equipe ocorre informalmente, espontaneamente entre os colegas, sem nenhum apoio hierárquico oficial” (E9).

As posições citadas nos trazem alguns indicativos de respostas à pergunta formulada. O projeto assistencial coletivo, o planejamento conjunto, a utilização do saber das diversas profissões de forma equânime, o que faz com que a relação de poder se horizontalize, bem como o incentivo por parte da instituição para essa forma de trabalho propiciam a formação da equipe. Peduzzi (1998), além desses

itens já anunciados, propõe ainda, a questão da comunicação como central para essa construção do trabalho em equipe. Pires (1996) acrescenta que a manutenção dessa prática tradicional se dá pela inexistência de mecanismos de controle de qualidade da assistência prestada, pela forma de introdução das profissões no campo da saúde e também pela forma como se trata quem busca assistência – como paciente, e não como cliente. Essas posições serão detalhadas posteriormente. Porém, já se nota pela fala dos entrevistados que a instituição não contribui de forma efetiva para a construção das equipes.

Cabe, ainda, ressaltar a posição da entrevista E3 sobre o paciente se sentir mais seguro diante de uma equipe coesa. Esse fato, como asseveram Pires e outros autores, deve-se entre outros fatores, ao fato de o trabalho em saúde fazer parte do setor de serviços e ser não material. Ele se completa no ato de sua realização. Dessa forma, o produto do ato assistencial em saúde é indissociável do seu processo de produção e, na maioria das vezes, ele é todo acompanhado pelo usuário. Hoje, esse ato é majoritariamente um trabalho coletivo, e o usuário percebe as inter-relações das diversas áreas e profissões.

Retomando o ponto anteriormente citado, quando outros dados corroboram as questões sobre as dificuldades na construção das equipes de saúde, podemos começar citando as reuniões de equipe.

**Tabela 3 – Existência de reuniões multidisciplinares nas instituições**

<b>Existência de reuniões multidisciplinares nas instituições</b>	
<b>Sim</b>	<b>Não</b>
56,25	43,75

Ressaltamos que os profissionais que responderam sim declararam que essas reuniões com o coletivo da unidade ocorrem de forma esporádica (anualmente ou semestralmente), de acordo com a gerência do Centro de Saúde. Foi exposto pelos trabalhadores do C1 que essas reuniões ocorriam com maior frequência (mensalmente) para a elaboração do projeto coletivo da unidade, mas, após sua conclusão no final de 2001, essas reuniões se espaçaram.

Cabe ainda indicar que as exceções a essa periodicidade ocorrem para os programas de Hanseníase – C1 e de Saúde Mental – C2. Esses dois programas têm

reuniões semanais de técnicos na própria unidade e, mensalmente, ou bimestralmente, com a coordenação do programa. Os profissionais desses programas atribuem grande valor a essas reuniões e dizem serem elas fundamentais para o bom andamento e o sucesso do programa, uma vez que propiciam um afinamento do discurso, com a criação de um projeto comum. Um profissional deixa bem clara a diferença desses programas em relação ao todo da unidade:

“Aqui é como se eu vivesse dois postos de saúde: um do grupo de hanseníase onde o trabalho acontece porque há integração e troca; e o resto do Posto onde tudo é mais amarrado, o trabalho se arrasta. Isto me incomoda” (E1).

Essa fala que nos aponta a diferenciação e o esfacelamento das ações no interior do Centro de Saúde e a forma monótona e estagnada que elas, às vezes, adquirem (trabalho morto?) e nos faz questionar seu grau de resolutividade e de satisfação dos usuários e dos trabalhadores que as produzem. Essa realidade nos remete à proposta cunhada por Campos (1997). Para esse autor, cada equipe deveria se responsabilizar por problemas específicos dentro do serviço, o que romperia com a inércia e a inoperância das equipes. Essas, a exemplo das equipes dos programas de hanseníase e saúde mental, ganhariam mais autonomia e poderiam tratar de forma mais adequada a questão da especialização de seus agentes, dentro da perspectiva de campo e núcleo de responsabilidades.

Essa questão nos leva a outro dado relevante para nossa pesquisa, a saber, a influência do trabalho de um profissional sobre o trabalho do outro dentro do posto de saúde. A avaliação dos profissionais é que essa influência sempre ocorre e há unanimidade em considerá-la positiva.

“Os colegas ajudam no estabelecimento do diagnóstico, na busca ativa do paciente, nos encaminhamentos” (E6).

“Quando encaminhamos internamente um paciente, o outro profissional sempre discute o caso. Quando o paciente chega, ele já não é um estranho, já existe a noção do que fazer, que encaminhamento dar” (E1).

“A influencia ocorre em conversas informais onde há trocas de experiências” (E16).

“... colaborando com a qualidade do atendimento do paciente” (E10).

“Os outros profissionais visualizando e triando casos de maior complexidade para avaliação médica” (E13).

“O apoio que é dado de forma cooperativa ao meu trabalho permite eu ter mais tempo para exercer minha atividade de médico” (E7).

As posições dos profissionais demonstram a inter-relação no trabalho e deixam antever, de forma sutil, a posição diferenciada de alguns membros da equipe. Percebe-se, em algumas posições (E6; E1; E16; E10), que a influência do trabalho de um profissional sobre o trabalho do outro se faz em virtude do projeto, do caso atendido ou em relação às dificuldades do cotidiano do trabalho. Porém, os demais anunciados priorizam o fazer de uma única categoria profissional – o médico. Essas posturas vêm ao encontro dos trabalhos já discutidos (Mendes -Gonçalves, 1992; Lakatos e Brutscher, 2000; Pires, 1996, Rosen, 1994), que historicizam a hegemonia que o saber médico assume no campo da saúde, bem como a equivalência que se estabelece entre o trabalho do médico e o trabalho em saúde. Esses autores apontam que esse cenário determina o jogo do poder no campo da saúde que estabelece diferenciações de status e autonomia entre as diversas profissões.

Apesar de essa realidade ter-se modificado de forma bastante visível nas últimas décadas, ela ainda se faz presente nos postos de saúde pesquisados.

**Tabela 4 – Predominância de trabalho na equipe**

<b>Existência de predominância do trabalho de um profissional sobre os demais da equipe</b>	
<b>Sim</b>	<b>Não</b>
43,75	56,25

Obs. Os profissionais que responderam sim apontam o trabalho do médico como predominante.

Analisando os dados numéricos, percebemos que os profissionais apontam a mudança em relação ao saber das ciências biomédicas que vem ocorrendo nos serviços de saúde.

“Trabalhamos em conjunto, sem nenhuma discrepância entre uns e outros. A falta de um profissional de qualquer categoria profissional pode prejudicar o andamento do serviço” (E5).

“Cada um tem atuação específica em áreas específicas. Quando há necessidade, as ações são feitas em conjunto, aí contamos com a boa vontade e também a criatividade. Acho que temos bons resultados” (E4).

Esses profissionais demonstram essa mudança enfatizando que, nas ações de saúde, existe espaço para o trabalho individual, mas ressaltando que, em alguns momentos, se fazem imprescindíveis as ações conjuntas, que por se darem de forma espontânea em sua maioria nessa instituição, pautam-se pela boa vontade e criatividade, sem planejamento prévio. Estas questões nos remetem a pensar a autonomia do trabalho em saúde. Campos (1992a), comparando o processo de trabalho em saúde ao das fábricas, comenta que o ato em saúde sempre resguarda a autonomia do trabalhador, uma vez que ele não pode ser realizado em série, como em uma linha de montagem. Porém, os profissionais deixam claro, em outros momentos das entrevistas, que sentem falta de um nível mais elaborado de organização do trabalho conjunto. Alguns dizem que se sentem trabalhando isolados, apesar de trabalharem em equipe multiprofissional. Avaliamos até que ponto a instituição, ou mesmo a equipe, não se vale da idéia de autonomia para se isentar de criar projetos onde se evidenciem graus variados de responsabilização, já que se observa nas instituições uma constante busca de protocolos e normas que justifiquem a responsabilidade de cada um somente pelo que faz. Outro extremo dessa questão, mas que guarda correspondência com os resultados, é a tendência a igualar-se imaginariamente os profissionais e eles se isentarem de responder pessoalmente pelo projeto terapêutico, visto ser esse projeto coletivo.

Retomando as entrevistas, outros profissionais abordam a hegemonia do saber médico e nos possibilitam entender como e por que essa hegemonia ainda ocorre em determinados momentos.

“Existe historicamente uma hipervalorização do trabalho do médico, de forma questionável, pelo nosso falido sistema nacional de saúde e principalmente pelos pacientes, certamente devido à desinformação” (E9).

“Os médicos têm maiores regalias, por exemplo: flexibilidade de horário, maior facilidade de negociar esses horários. Outra coisa que acontece muito é o médico ficar sendo *secretariado* pelos outros profissionais, tudo é facilitado” (E16).

“Do ponto de vista da população que procura o Centro de Saúde, a figura do médico é mais respeitada. Entre os profissionais isto tem mudado” (E2).

“Há profissionais médicos que já são mais soltos, principalmente os que trabalham mais em equipe. Agora muitos ainda fazem questão do domínio do saber na saúde” (E3).

Os profissionais apontam a valoração que o trabalho médico adquiriu nos serviços de saúde. Eles apresentam como fatores que favorecem essa valorização: as políticas de saúde que se baseavam em modelos médico-centrados; a convivência das instituições com o corporativismo da categoria; a mistificação que o imaginário popular faz do médico – “senhor da vida e da morte”; a postura do profissional médico em relação ao saber e também a postura dos demais membros da equipe que, às vezes, apóiam e ampliam o imaginário popular. Todos esses pontos legitimam o “poder” que essa categoria assume nos serviços de saúde.

Através das questões levantadas pelos profissionais, podemos entender os Centros de Saúde como campos de força, onde encontramos um movimento dialético entre poder e resistência exercido pelos profissionais. Essa resistência, que pode ocorrer de forma sutil ou declarada, entrava os projetos de inovação. Conseqüentemente, as práticas interdisciplinares se vêm comprometidas nesse cenário.

Para desestabilizar esse quadro, segundo Foucault (1985), seria necessário desvincular o poder e a verdade nas formas hegemônicas, sejam elas sociais, culturais ou econômicas. Para ele essa vinculação reafirma o saber intelectual que se impõe à sociedade, sobrepondo-se às outras formas de saber.

Esse saber ontologizado (não dialético) concentra o poder, fornecendo ao sujeito da práxis segurança nas ações, mas também o cega para o novo. Assim, o sujeito, ao mesmo tempo que reproduz o saber ontologizado, é constituído por ele, cristalizando-se. Essa idéia nos faz entender a retro-alimentação da legitimação social do poder médico. Como observa Campos (2000: 117), “o poder não somente controla (dominação), mas também constitui sujeitos (circula como subjetividade dominante e é internalizado)”.

Não queremos dizer com essas proposições que existem vítimas e algozes nesse contexto, já que, como nos lembra Fortuna, os trabalhadores de saúde se autogovernam em menor ou maior grau e, nesse jogo de poder, todos têm algo a barganhar.



Cabe salientar, ainda, a proposição dos profissionais sobre as posturas do médico e dos demais membros da equipe na legitimação do poder médico. Como já discutido, a divisão do trabalho em saúde começou a partir do trabalho do médico, que assumiu desde então a posição de legislador e fiscalizador do trabalho dos outros profissionais. Essa forma de estruturação do trabalho em seus primórdios deixou marcas na organização dos serviços de saúde. Essas marcas, mais tarde, se reafirmaram com a postulação do paradigma biologicista para explicação do processo saúde-doença. Dessa forma, o valor atribuído a essa formulação biomédica faz com que os demais saberes se vejam circunscritos como auxiliares, pois o trabalho central é constituído pela assistência médica individual.

Apesar do discurso crítico que permeia as instituições de saúde acerca desse modelo, essa relação continua se processando. O importante a ressaltar é a perpetuação da hierarquia e a cristalização de papéis que se faz com a reprodução dessa relação de subordinação.

Essa relação, ao ser socialmente percebida, torna-se parâmetro para a valoração diferenciada das diversas profissões em saúde. Peduzzi (2001) pontua que uma mudança desse panorama se efetivará quando os agentes de saúde romperem com esta prática histórica e se posicionarem como sujeitos de sua ação, buscando decisões, regras e valores que fundamentem novas práticas. Ela situa o trabalho em equipe como uma possibilidade positiva nesse sentido.

Essa leitura leva-nos a indagar sobre a possibilidade de desalienação destes trabalhadores no rompimento com a rotina automatizada e com a busca do novo.

Os profissionais dos Centros C1 e C2, ao serem questionados sobre a aquisição de novas aprendizagens no trabalho em equipe, foram unânimes em afirmar sua existência. Eles avaliam que elas ocorreram principalmente: na troca de experiências e informações nas conversas cotidianas, na discussão de casos, no trabalho nos grupos de educação em saúde e na busca de outros profissionais. É interessante apontar a relevância que alguns profissionais atribuem às aprendizagens no campo pessoal.

“Se tivesse começado a fazer o grupo com S. (psicóloga) antes, criaria meus filhos de forma diferente. Hoje entendo mais o que as mães me dizem, acho que sou uma mãe melhor também” (E 8).

“Às vezes, o colega fala e cabe como uma luva na gente. É muito ruim de vez em quando, mas a gente aprende muito, até pra vida pessoal” (E2).

Nogueira (2000) aponta a inter-relação pessoal no trabalho em saúde como intensa, chegando a colocá-la como decisiva para a eficácia das práticas. Essa posição nos leva a pensar que as formas de aprendizagens citadas pelos profissionais refletem, em última instância, o nível de comunicação entre os membros da equipe. Peduzzi (2001) apresenta três formas de comunicação na equipe: a externa ao trabalho; a estritamente de caráter pessoal; e a que é intrínseca ao trabalho em equipe.

Percebe-se que, no C2, as relações de comunicação se pautam de forma mais evidente nas relações pessoais. Essa afirmação se deve ao fato de as colocações pessoais virem de membros desse Centro de Saúde e também da observação informal (pois esta não foi um método escolhido de coleta de dados), uma vez que, nos momentos de entrevista vividos neste Centro, sempre era visível um agrupamento de profissionais conversando assuntos não relativos ao cotidiano do serviço. A comunicação pessoal caracteriza-se por colocar como núcleo as boas relações pessoais – camaradagem e amizade. Essas relações sobrepõem-se às questões técnicas.

A comunicação externa ao trabalho, visa apenas otimizar a técnica. Não se percebeu essa forma de comunicação no grupo de profissionais.

A comunicação intrínseca ao trabalho em equipe pode ser observada na fala dos profissionais dos dois centros estudados. De forma mais evidente, no C1, nas falas sobre o grupo de hanseníase e, no C2, na busca apresentada pela equipe de saúde mental em se estruturar. A característica dessa forma de comunicação é a busca de linguagens, objetivos e projetos comuns. É a tentativa de se construir uma cultura partilhada.

Essas posições sobre a comunicação podem ser reiteradas ao se observar a eleição feita pelos profissionais dos momentos de maior integração da equipe.

**Tabela 5 – Integração da equipe por grau de incidência**

<b>Grau</b>	<b>%</b>	<b>Situação</b>
1º	78,75%	Atendimento de pacientes
2º	48%	Discussão de casos
3º	40%	Planejamento das ações
	40%	Momentos de lanche
4º	21,25%	Comemorações de datas festivas

Na observação do dado que foi eleito como o momento de maior integração da equipe, obtemos os seguintes percentuais:

**Tabela 6 – Atendimento ao paciente por grau de prioridade**

<b>Grau</b>	<b>Prioridade</b>
1º	50% dos entrevistados
2º	31,25% dos entrevistados
3º	6,25 dos entrevistados
Não valorado	12,5% dos entrevistados

A análise dos dados apresentados pela tabela 5 nos surpreende ao detectarmos que 40% dos entrevistados elegem o momento do lanche como de grande integração da equipe, tendo o item a mesma valoração que os momentos de planejamento das ações. Somado esse dado ao fato de as comemorações de data festiva ocuparem a quarta posição nessas priorizações, podemos reforçar nossa proposição sobre a importância que a comunicação pessoal tem nessas instituições.

Outro dado relevante apontado pela tabela é a colocação do atendimento ao paciente como o fator de maior grau de incidência para integração da equipe. Observando-se a tabela 6, verificamos que 50% dos entrevistados o colocam em primeiro lugar. Para analisarmos, de forma mais pertinente, esse dado, apoiar-nos-emos na leitura de como ocorre este atendimento no cotidiano das equipes.

**Tabela 7 – Atividades realizadas por percentual de incidência**

<b>Grau</b>	<b>%</b>	<b>Situação</b>
1º	100%	Atendimento individual ao paciente
2º	40%	Atendimento em grupo de educação em saúde em parceria multiprofissional
3º	26,25%	Participação em reuniões de planejamento das ações
4º	16,25	Participação em reuniões de avaliação do trabalho

Com base nos dados apresentados na tabela 7, é visível que todos os profissionais entrevistados ocupam a maior parte de sua jornada de trabalho com atendimentos individuais. Sabemos que esse atendimento, em sua grande maioria realizado por um só agente, consolida ainda mais a fragmentação do processo de trabalho no interior dos Centros de Saúde, sendo ao mesmo tempo produzido e reproduzido da mesma.

É contraditória a comparação dos dados apresentados pelas tabelas 5 e 7. A primeira situa o atendimento ao paciente como maior fator de integração da equipe, e a segunda nos mostra, no entanto, que esse atendimento se dá basicamente na sua forma individual. Os percentuais atingidos pelas atividades de cunho coletivo, se somados, não atingem o percentual obtido pelo atendimento individual.

Apesar de paradoxal, esse dado nos remete à realidade atual dos serviços de saúde e a seu maior problema – o processo de trabalho. Segundo Franco e Merhy (2000), esse paradoxo seria o enigma vivido pelo sistema de saúde. Os autores fazem uma analogia com o mito de Édipo - Rei, que necessitou decifrar o enigma da Esfinge nas portas de Tebas para não ser devorado por ela. Para eles, no sistema de saúde, por não decifrarmos o enigma do processo de trabalho, somos engolidos a cada dia pela dinâmica do modelo tradicional medicocentrado, que não gera, prioritariamente, cuidados e cura, mas sim, procedimentos.

Aprofundando essa análise, podemos nos utilizar de outra figura da literatura - Hamlet. Esse herói moderno (podemos dizer que ele é paradigmático para pensarmos as inquietudes da atualidade), ao contrário de Édipo, conhece seu destino, mas, aprisionado a ele, segue seu *script* sem conseguir libertar-se. As equipes de saúde, de forma análoga à de Hamlet, apontam a necessidade de mudança, chegando a priorizar o trabalho coletivo como uma possibilidade de mudança do processo de trabalho, mas, como nosso herói, na maioria das vezes,

somente re – agem continuando a seguir o *script* de um modelo assistencial ineficaz constantemente criticado por elas próprias.

Temos clareza de que a mudança no processo de trabalho só pode se pautar por uma mudança no modelo assistencial,<sup>16</sup> no entanto, essa mudança não depende exclusivamente dos trabalhadores, já que esse modelo encontra-se inserido num contexto político-econômico-social onde existem interesses de vários grupos em jogo, mas entendemos que o trabalhador tem um papel fundamental na melhoria da qualidade e humanização do atendimento prestado. Concordamos com Franco e Merhy (2000: 8), que escrevem:

“A verdadeira discussão diz respeito ao fato de os profissionais de saúde, não apenas os médicos, nem apenas os que trabalham inseridos diretamente na assistência, mas todos os que labutam na produção de serviços de saúde, reaprenderem o trabalho a partir de dinâmicas relacionais, somando entre si os diversos conhecimentos. Esse é um território por onde transitam não apenas o mundo cognitivo, mas também a solidariedade profissional, que está presente na boa prática de interagir saberes e fazeres e pode se mostrar eficaz na constituição de modelos assistenciais centrados no usuário”.

Um dos entraves para se conseguir o proposto pelos autores é a não priorização pelas instituições estudadas do planejamento e da avaliação das ações realizadas. É curioso notar que as ações de saúde não são pensadas em seu início (planejamento) e em seu produto (avaliação). Desta forma, elas se tornam somente atuação.

**Tabela 8 – Existência de planejamento das ações nas instituições**

<b>Existência de planejamento das ações nas instituições</b>	
<b>Sim</b>	<b>Não</b>
62,5%	37,5%

O baixo percentual de existência de planejamento das ações nos Centros estudados se deve ao fato de os trabalhadores só participarem dele nos programas

<sup>16</sup> Segundo Teixeira (2000:1), “modelos assistenciais podem ser definidos como combinações de saberes (conhecimentos) e técnicas (métodos e instrumentos) utilizados para resolver problemas e atender necessidades de saúde individuais e coletivas”. Os modelos assistenciais não implicam somente a organização dos serviços, mas também as relações entre sujeitos mediadas pelas tecnologias utilizadas no trabalho em saúde.

específicos. Segundo os profissionais, as demais ações são pautadas por planejamento prévio da Secretaria Municipal de Saúde. Essa atuação baseada em planejamentos normativos que se fez muito presente na saúde até a década de 1990 tem sofrido modificações principalmente com a ênfase dada aos programas de PSF (Programa Saúde da Família) e maior preocupação com a participação social na saúde. Indagamo-nos como os profissionais fazem a leitura da realidade local e quais estratégias utilizam para adaptar esses planejamentos verticais.

Os profissionais são unânimes em apontar que não existe uma avaliação formal. Ressaltam a existência de uma avaliação de produtividade por parte da gerência e uma avaliação informal por parte das equipes de profissionais que atuam em programas específicos sobre o seu andamento. Observamos a necessidade de criar indicadores de saúde para o balizamento e a avaliação do trabalho desses profissionais, uma vez que, sem esses parâmetros, é difícil, para eles avaliar a qualidade dos serviços e seu nível de resolutividade. Os profissionais, em sua maioria, tecem críticas à Secretaria Municipal de Saúde por não se manifestar de forma mais efetiva sobre este ponto.

As dificuldades e os impasses no enfrentamento das questões no cotidiano dos centros de saúde por esses profissionais nos remete a pensar que a interdisciplinaridade se faz uma ferramenta fundamental a ser utilizada. No tópico seguinte, verificaremos a representação que os profissionais fazem dela e sua inserção nas práticas realizadas.

## **4.2 - Interdisciplinaridade e equipe de saúde**

### **4.2.1 – Concepção de interdisciplinaridade na visão dos profissionais**

A interdisciplinaridade, como citado, passou a ser uma exigência interna do trabalho em saúde. Porém, como observado por alguns autores que trabalharam o tema junto a equipes de saúde, ele continua tendo um conceito nebuloso e de pouca definição entre os trabalhadores (Costa e Creutzberg, 1999; Feverwerter e Sena, 1998; Schneider et al, 2001). Severino (1995) aponta que, no cotidiano, a interdisciplinaridade fica mais no plano do desejo e menos no campo da prática.

Entre os profissionais entrevistados, ao indagarmos sobre a concepção que eles têm do termo a partir de sua prática diária, observamos desconhecimento e

respostas que podemos agrupar em duas categorias: interdisciplinaridade como integração de profissionais e saberes e interdisciplinaridade como trabalho em equipe multiprofissional.

“Atuação de vários profissionais da área de saúde juntos... isto é multidisciplinar..... interdisciplinar?... Não sei” ( E16).

Esse profissional retrata a dificuldade exposta de se ter uma definição e delimitação clara do tema no cotidiano do trabalho em saúde. Ele aponta uma confusão entre as noções de interdisciplinaridade e o trabalho multidisciplinar, expresso nas equipes multiprofissionais. A dúvida desse profissional retrata uma confusão que se expressa como certeza na fala de outros profissionais. Eles estabelecem uma equivalência entre a interdisciplinaridade e o trabalho em equipe multiprofissional:

“Acho que é o conjunto, a equipe toda” (E14).

“É uma troca de conhecimento realizada por uma equipe com diferentes categorias profissionais a fim de superar a fragmentação do saber individual e proporcionar um atendimento mais amplo ao paciente” (E12).

“São disciplinas diferentes que se interligam para uma melhor integração da equipe” (E13).

“É a participação efetiva de toda a equipe no trabalho – um sendo importante para a atuação do outro” (E11).

“Seria a colaboração mútua entre os diversos profissionais de uma determinada equipe” ( E5).

Podemos ler essa questão via a teorização de Peduzzi (1998) que, ao trabalhar essa aparente equivalência feita pelos profissionais, deixa claro que a interdisciplinaridade não guarda relação direta com a multidisciplinaridade expressa na multiprofissionalidade.

Para ela, a multiprofissionalidade estaria constituída pela divisão do trabalho, pelas questões referentes à autonomia desses trabalhadores e as inter-relações entre o agir instrumental e a interação processadas no interior das equipes.

A interdisciplinaridade e a transdisciplinaridade estariam mais ligadas à investigação científica e ao ensino acadêmico. Essa posição, que parece

circunscrever a interdisciplinaridade somente ao mundo acadêmico e da pesquisa científica, é amenizada pela autora, que salienta que os campos disciplinares se apóiam e são criados somente a partir das práticas sociais, sendo delas dependentes. A partir dessa proposição ela nos alerta para o fato de que esses campos se operacionalizam em tecnologias que se expressam no fazer cotidiano. Assim, o trabalho em equipe multiprofissional não equivale à interdisciplinaridade, mas é uma prática que expressa a possibilidade de integração das disciplinas científicas. Ela acrescenta:

“A noção de interdisciplinaridade e seus correlatos, assim como o discurso interdisciplinar, não devem ser monopolizados apenas no âmbito da produção científica, mas permear os saberes técnicos e práticos em vista da construção de práticas de trabalho mais condizentes com a complexidade dos objetos das várias áreas de atuação em saúde”.(Peduzzi 1998: 67)

A autora tenta, com essa proposição, demarcar a distinção entre ciência e trabalho, mas salienta que esses têm a intermediação dos saberes tecnológico e prático. Desse modo, a mediação entre a bagagem de conhecimento acadêmico e a do saber prático refletido é o desafio a ser enfrentado pela multiprofissionalidade e a interdisciplinaridade, cada uma dentro de seu escopo, na construção de caminhos que visem abarcar as diversas dimensões do objeto em saúde.

Podemos, ainda, supor que a sobreposição de interdisciplinaridade e a multiprofissionalidade se faça devido a ser no interior das equipes que se processa o alinhamento acerca da significação dos fenômenos trabalhados. Essa partilha sobre o que significa conhecer é um dos componentes do processo de trabalho na teoria habermasiana e se coloca como um dos pressupostos da interdisciplinaridade.

Outra forma concebida pelos entrevistados para a interdisciplinaridade é a integração dos profissionais e dos saberes.

“A interdisciplinaridade é a inter-relação, troca de opiniões, discussão de casos comuns à clínica” (E7).

“É o conjunto de vários setores de uma mesma instituição visando melhor produtividade. Para isto é necessária a integração de todos” (E11).

“É uma troca, entre os profissionais, de informações, conhecimentos para fazer funcionar as engrenagens dos setores, sabendo que existe uma ligação entre os mesmos e um só objetivo” (E10).



“São várias pessoas, de diversas áreas, que trabalham para acrescentar algo ao programa, gerando enriquecimento do grupo e crescimento pessoal” (E1).

“É o entrosamento de profissionais de diversas categorias. Às vezes aparece um caso, e não sabemos resolvê-lo sozinho porque não temos conhecimento de outras áreas, e quando discutimos o caso com outro profissional, ele fica tão claro! Aí a gente pensa: era só isto? Ainda bem que eu não trabalho sozinha” (E3).

“É interseção de diferentes disciplinas na elaboração e execução de um projeto comum. Interseção mesmo, sabe! Igual na matemática, aquela área comum. Acho que aqui isto acontece muito pouco, de forma geral. Comigo, acho que trabalhando no grupo de puericultura com a pediatra e discutindo algum caso com a equipe de Saúde Mental” (E15).

“É o conjunto de vários setores de uma mesma instituição visando melhor produtividade, uma meta comum” (E13).

Observando-se essas falas, percebemos a repetição de algumas idéias, de forma explícita ou implícita: integração, objetivo comum, partilhar, o alívio diante do fato de poder contar com a ajuda do outro profissional, interseção. Percebe-se que, para esses profissionais, a interdisciplinaridade seria uma forma de ampliar seus horizontes, saindo da visão restrita disciplinar e abarcando outras dimensões das situações trabalhadas. Para eles, o outro profissional é um elemento fundamental desse processo. Essa posição nos remete à crítica formulada por Jantsch e Bianchetti (1995) à filosofia do sujeito que vincula e enfatiza a possibilidade do trabalho interdisciplinar ocorrer somente em grupo, restringindo a busca que o profissional pode fazer também sozinho. Pensamos que muitos profissionais se vêem aprisionados nessa concepção, o que ainda mais empobrece o trabalho, uma vez que já constatamos que o trabalho coletivo não é o que mais ocorre nos serviços estudados.

Outro ponto a ser destacado é a idéia de unicidade que faz com que os trabalhadores busquem ajuda nos outros profissionais, para construir uma visão mais global do objeto, como já demonstrado. Gomes e Deslandes (1994) afirmam que essa busca não descaracteriza as disciplinas, mas impulsiona os profissionais a

uma maior conscientização dos limites e das possibilidades de cada campo de saber e o faz ter maior abertura ao trabalho coletivo, que surge, aí, como uma construção imprescindível.

Follari (1995:102), comentando as estruturas propícias à interdisciplinaridade, ressalta que, nas profissões ligadas à área da saúde, que, em sua maioria, se constituem como tecnologias por serem eminentemente práticas e poderem ser definidas “como aplicações empíricas dos elementos de conhecimento possibilitados pelas ciências”, a interdisciplina é constitutiva desde o início da carreira ou após formação disciplinar. Ele acrescenta que a interdisciplinaridade nesse campo não poderia ser novidade e deveria se constituir como parâmetro para esses profissionais.

Cabe, ainda, destacar a abordagem de um profissional, que destaca a interdisciplinaridade como interseção. Encontramos nessa fala eco das proposições de Minayo (1991), que define o campo da saúde como um espaço onde a questão da vida e da morte nos impulsiona à construção de soluções e linguagens comuns que dêem conta de lidar com as angústias e os sofrimentos impostos pela existência. Essa fala nos remete, ainda, à proposta de Merhy de criação de espaços intercessores (entendidos como intersecção e intervenção entre o trabalhador de saúde e o usuário no fazer do ato em saúde. É um encontro nem sempre conflituoso, que pode gerar diversas formas de satisfação) para que o trabalho vivo em saúde se processe.

Percebemos, no discurso dos profissionais entrevistados, algumas dificuldades em delimitar o tema da interdisciplinaridade que, no entanto, não nos impossibilitou de perceber o valor que eles atribuem à integração dos saberes e à construção do trabalho coletivo que possibilite tal integração. Essa percepção nos situa diante de um cenário dinâmico e produtivo. Perguntamo-nos se essa é a realidade do trabalho nas instituições, ou se o discurso se faz mais avançado que a prática.

#### 4.2.2 – Existe trabalho interdisciplinar nas equipes?

Ao indagarmos sobre a forma como ocorre o trabalho interdisciplinar nas equipes, encontramos uma discrepância entre os dados numéricos, que nos apontam a existência maciça de práticas interdisciplinares, e os discursos dos profissionais, que refletem a existência do esfacelamento das ações e a idéia de

interdisciplinaridade como encaminhamentos aos demais profissionais. Como demonstra a fala de um profissional:

No programa de hanseníase existe muita interação da equipe, muito estudo e discussão conjunta, acho que é trabalho interdisciplinar mesmo! Como um todo, no Posto, vejo acontecer só em alguns momentos. Falta interesse dos profissionais. Nas reuniões é sempre aquilo: chega tarde, sai cedo. É uma participação precária. Acho que falta incentivo e cobrança da Secretaria Municipal de Saúde (E3).

Porém, encontramos também, nestas proposições e em outras, a vinculação da prática interdisciplinar a um projeto. Assim, de antemão podemos supor que, nos dois Postos de Saúde, práticas inovadoras convivem com práticas tradicionais. Observemos os outros dados:

**Tabela 9 - Existência de práticas interdisciplinares nas equipes**

<b>Existência de práticas interdisciplinares nas equipes de saúde</b>	
<b>Sim</b>	<b>Não</b>
93,75%	6,25%

O fato de alguns profissionais de saúde representarem a interdisciplinaridade como a prática do encaminhamento já foi demonstrado por outros autores (Schneider et al, 2001), mas ele nos aponta um equívoco na conceituação de interdisciplinaridade por esses profissionais.

“Na minha área existe mais a multidisciplinaridade. O trabalho é conjunto, mas feito individualmente” (E 6).

“A interdisciplinaridade ocorre quando precisamos da Assistente Social ou da gerência para encaminhar algum caso” (E14).

“É muito pouco freqüente, ocorre nas conversas informais entre os colegas. Acho que falta envolvimento dos profissionais, claro que não me isento desta crítica” (E2).

“Ocorre quando o paciente é avaliado por mais de um profissional da equipe por um problema comum. Ocorre de forma espontânea, sem coordenação formal” (E 9).

Esses profissionais apontam a informalidade como fato corriqueiro na execução das ações. Esse fato nos lembra a fala de um profissional em um outro momento da

entrevista, que pontuava a dificuldade que essa prática enfrentava por ter de contar sempre com a “boa vontade” dos outros profissionais, o que nem sempre ocorria e emperrava o trabalho. Percebe-se que a prática interdisciplinar não se processa só pela alocação de vários profissionais de categorias diversas em um único local de trabalho. Ela está vinculada à responsabilidade individual que advém do envolvimento do profissional com o projeto, com as pessoas envolvidas e com a instituição.

Esse fato nos remete à questão já aqui discutida, referente ao processo de trabalho em saúde estar ainda ligado a um modelo tradicional. Peduzzi (1998) assevera que cabe ao paciente fazer a integração das ações, sendo ele levado a percorrer vários profissionais, sem que essas visitas estejam vinculadas a um projeto assistencial, uma vez que as equipes trabalham em uma justaposição das ações, e não em uma integração.

Percebemos, nas posições adotadas, a pontuação de uma omissão dos profissionais com a prática coletiva. Esse fato deve ser problematizado, pois pode revelar a tensão existente em torno da autonomia de cada agente de saúde e as relações de poder expressas nas vivências cotidianas dessas instituições. Vale, ainda, ressaltar o fato de que a prática interdisciplinar não se faz sem intencionalidade (Leite, 2001) e que, desta forma, ela se vê comprometida nesse contexto. Para Leite, a prática interdisciplinar sempre se encontra implicada em um projeto. Essa idéia é coincidente com as entrevistas de alguns profissionais.

“A prática interdisciplinar é visível em alguns momentos. Por exemplo: no grupo de puericultura, onde se une a psicologia e a medicina. Nesses momentos, a fala de uma completa a da outra. Já conseguimos formar um discurso único, já fazemos há muito tempo o grupo juntas. É um trabalho que gratifica muito” (E 8).

“A interdisciplinaridade ocorre nas reuniões e conversas feitas com o objetivo de melhorar o serviço, as condições de atendimento” (E10).

“Às vezes, principalmente nos trabalhos em grupo, nas discussões de casos, comunicação com outros colegas dentro da unidade” (E 16).

“Nas reuniões de Saúde Mental, quando falamos dos casos novos que chegaram na semana, é muito interessante ouvir como as escutas podem clarear o caso e fica mais fácil também encaminhar o paciente. Acho que

exige mais da gente, porque temos de nos expor mais, contar da nossa prática e até ficar exposto às críticas, mas não é isto que é formar equipe? Acho que com os profissionais de Saúde Mental fica mais fácil, sabemos lidar melhor, ou melhor, deveríamos saber trabalhar a transferência que rola nestas reuniões” (E 15).

Nessas proposições fica claro que existe um desejo de fazer o trabalho acontecer por parte dos profissionais e que eles têm algo de sua subjetividade implicada nesse fazer. Os impasses e as dificuldades de cada um nos mostram que o trabalho interdisciplinar está sendo construído na prática diária e no re-pensar dessas práticas pelo grupo. Podemos dizer, com Leite (2001: 28): “Não há interdisciplinaridade se não há intenção consciente, clara, objetiva por parte daqueles que a praticam. Quando não há intenção de um projeto, pode-se dialogar, inter-relacionar, integrar, sem no entanto, construir a interdisciplinaridade”.

Severino (1995), ao falar da interdisciplinaridade nas escolas, também observa a idéia do projeto. Podemos fazer uma transposição de sua fala para a saúde. Segundo ele, o projeto é um conjunto articulado de propostas e planos de ação baseados em valores acordados anteriormente. É a isso que ele chama intencionalidade, ou seja, a força que norteia a organização e o funcionamento que visa metas já preestabelecidas. É esta força que se faz presente nas propostas de programas específicos (no caso Hanseníase e Saúde Mental) ou nas discussões de casos, como relatado pelos profissionais e que de alguma forma os incentiva a continuar nessa construção, que se faz no entender dos profissionais sem apoio ou cobrança da Secretaria Municipal de Saúde.

Outro dado importante visível na fala dos profissionais é a formulação de que, no convívio interdisciplinar, existe uma exposição maior de suas limitações e potencialidades, podendo ele, ainda, ser desvelador dos conflitos e relações de poder latentes nas equipes. Habermas alerta para essa questão, colocando - a como um dos desafios da interdisciplinaridade. Para esse autor, é a partir do reconhecimento dessas limitações que é possível a construção, no diálogo, de uma linguagem comum. Podemos dizer que o trabalho interdisciplinar vai trazer um quantum de angústia e inquietações a ser trabalhado pelas equipes sob pena de dissolução do trabalho se elas não conseguirem administrar essas angústias.

A partir das concepções até agora apresentadas pelos profissionais entrevistados, podemos supor que eles vivem nos Centros de Saúde, o que Bastide

(apud Nunes, 1995:105) chamou de “*integração multidisciplinar prática*” essa forma está muito mais ligada a pluridisciplinaridade e se faz pelo auxílio de um profissional a outro sem um grande nível de integração.

Se utilizarmos a tipologia descrita por Japiassu (1976) para entender os trabalhos apresentados pelos profissionais como interdisciplinares, podemos supor que a interdisciplinaridade ainda é embrionária nessas instituições. E a pensaremos como linear, ou seja, ainda não há uma ruptura total da hegemonia de determinados saberes e uma reciprocidade total entre eles. Mesmo ocorrendo dessa forma, os profissionais a reconhecem como importante, demarcando-lhe vários pontos positivos.

#### 4.2.3 – Interdisciplinaridade: pontos positivos X pontos negativos

Todos os profissionais entrevistados acreditam que a interdisciplinaridade tem mais pontos positivos que negativos.

Podemos destacar pontos negativos na fala dos próprios profissionais:

“A instituição pensa que diminui a produtividade, porque trabalhar dessa forma exige mais reuniões, gasta-se mais tempo com planejamento, etc. Por isso, ela não incentiva” (E 7).

“As coisas demoram mais a acontecer, existe mais discussão e às vezes é difícil chegar a um consenso. Também cai o rendimento quantitativo e aumenta o qualitativo. Para o profissional é ótimo!” (E 3).

Os pontos negativos apontados dizem respeito à instituição e sua exigência de produtividade quantitativa, o que não se constitui em ponto negativo para o trabalho interdisciplinar em si, mas o desacelera na medida em que não existe incentivo para seu incremento. O outro ponto ressaltado, diz respeito a uma dificuldade interna ao trabalho: é a questão de o profissional abrir-se ao novo, ouvir opiniões diferentes e abandonar posições disciplinares rígidas para se construírem novas formas de trabalho na equipe. Talvez esse seja um dos maiores desafios, pois, como já exposto vai ser gerador de angústias a serem trabalhadas pelo grupo e irá demandar do profissional uma postura diferente da anteriormente adotada.

Os pontos positivos são apontados tanto da perspectiva do profissional quanto da do usuário. As respostas se dividem em três níveis: as que dizem respeito à

qualidade dos serviços para os usuários; as que visam a integração da equipe; e as que dizem respeito à segurança que o trabalho em equipe propicia ao profissional.

“A intedisciplinaridade gera agilidade do serviço para o paciente, ganho na qualidade, pois aprendemos mais com os outros profissionais e, conseqüentemente, atendemos melhor” (E 9).

“Propicia interação entre os profissionais, possibilita novos conhecimentos, melhor atendimento do usuário. Acho que humaniza o atendimento, acaba que aprendemos também uma forma melhor de lidar com o paciente” (E 2).

A humanização do atendimento nos remete mais uma vez a pensar a teorização de Merhy (1997) sobre as tecnologias leves em saúde, constituintes de espaços intercessores que expressam o trabalho vivo em ato na saúde. Essa forma de trabalho tem na interdisciplinaridade um forte aliado. Ela põe em questão o paradigma tradicional em saúde, na medida em que busca uma visão mais integral do paciente, primando pela diversidade de olhares que convergem para a construção de um projeto terapêutico comum. Esse projeto tende a resolver, de forma eficaz, as necessidades de saúde trazidas pelo sujeito ou pelo coletivo.

Os projetos interdisciplinares, no entanto, para serem aceitos tanto pelos usuários quanto pelos profissionais de saúde têm de romper barreiras culturais e interesses sóciopolíticos há muito arraigados. Essa reflexão já foi trabalhada por Gomes e Deslandes (1994) que demarcam que a mudança no cenário da saúde só se dará via o enfrentamento dessas questões. Elas introduzem os outros pontos positivos apontados pelos trabalhadores do dois serviços, pois só uma equipe coesa é capaz de fazer esse tipo de enfrentamento.

“É positivo quando cada profissional dá a sua contribuição, aquilo de unir as partes para fazer o todo sem achar que uma parte é maior que o todo” (E13).

“O trabalho flui melhor, pois há discussão de casos, e muitas dúvidas são amenizadas com essa cooperação” (E10).

“Ficamos com uma visão mais global do serviço, dos projetos, podemos dizer até do mundo” (E16).

“É a possibilidade de escutar outros pontos de vista sobre uma mesma questão. Isso enriquece muito a equipe e também ajuda na nossa formação profissional” (E4).

“Dá mais segurança ao profissional, gera crescimento profissional e nos torna mais resolutivos. É bom saber que você pode contar com o colega” (E12).

Os profissionais demarcam o trabalho interdisciplinar como a possibilidade de cooperação; de crescimento pessoal e profissional; de aquisição de mais confiança e resolução em suas ações. Não vamos nos alongar mais nessas questões uma vez que elas já foram analisadas em outros momentos, mas cabe lembrar Nunes (1995) que nos afirma ser uma das dificuldades dos projetos interdisciplinares não se conseguir trabalhar o “vir –a-ser” e se restringir ao visível e imediato. Parece-nos que as opiniões dos entrevistados aqui transcritas acima indicam que é a união em torno do projeto que dá ao profissional a segurança para o salto de qualidade.

Podemos fazer essa leitura também a partir de Castello (1996) que, ao trabalhar a atuação dos grupos dentro das organizações, afirma que esse salto de qualidade se dá ao se pensar globalmente e agir localmente. Esse salto se daria quando os profissionais, a partir do conhecimento de sua realidade, vislumbrassem outros cenários, mas fizessem as coisas acontecerem na realidade vivida, e não só no discurso.

É interessante ressaltar que a autora descreve alguns dificultadores desse processo, a saber: falta de tempo; fatores subjetivos; disputa de poder, etc. Indagamo-nos também sobre os dificultadores dos trabalhos interdisciplinares nos Centros de Saúde.

#### 4.2.4 – Obstáculos à Interdisciplinaridade

Para analisar os dificultadores apontados pelos profissionais à interdisciplinaridade, utilizaremos a classificação proposta por Gusdorf (apud Nunes, 1995): obstáculos epistemológicos, institucionais, psicossociológicos e culturais. Os dois primeiros estariam ligados à disciplinarização restritiva e a seu corolário de especializações. Os psicossociológicos reforçam a separação e, segundo Fazenda (1992), são os de mais difícil superação, pois envolvem as representações subjetivas dos agentes. Os obstáculos culturais decorrem da própria formulação do conhecimento científico, que cria formas de segregação. Um exemplo é a linguagem



científica extremamente hermética e aberta somente aos iniciados em determinados campos.

Nos dois Centros de Saúde estudados, os profissionais enfocam os obstáculos expostos, porém não enfatizam os de cunho cultural.

“Um dos grandes dificultadores é a Indisponibilidade de tempo e de uma organização de trabalho que valorize a interdisciplinaridade. Há uma grande falta de interesse político aqui neste município” (E 11).

“Cansaço dos profissionais, acho que é falta de motivação. A cada administração muda tudo, é como se tivessem de inventar a roda de novo. Isto cansa e desmotiva porque a gente sabe que os projetos não vão se concretizar. Ai a gente pensa: fazer mais projeto...” (E3).

“Falta de uma coordenação que possa promover o encontro dos profissionais. Aqui a coordenação é administrativa e os projetos de assistência mesmo ficam em segundo plano” (E1).

Em outros momentos, as dificuldades sofridas pelos profissionais com as políticas de saúde adotadas pela administração já foram expostas. Apesar de trabalhar dentro da proposta de Distrito Sanitário, que estabelece formas mais modernas de lidar com a gestão em saúde, tanto no nível do planejamento, quanto no da qualificação de recursos humanos, o município parece não se preocupar muito com essas questões. É visível na exposição dos trabalhadores a repetição que acontece a cada mudança na Secretaria de Saúde (e mudanças ocorrem com muita frequência). Segundo eles, a cada mudança se ignoram os projetos existentes, não os incentivando e novamente começando do ponto zero. Esse ponto, fator de desmotivação dos trabalhadores, age também como fator de desarticulação do trabalho coletivo, uma vez que incentiva a maior ocorrência do trabalho centrado no atendimento individual que gera maior produtividade numérica. Mais uma vez se perpetua o modelo tradicional – medicocentrado. Essa percepção por parte dos trabalhadores faz com que eles desacreditem da possibilidade de construção de projetos interessantes e duradouros na rede pública.

Esse dado se alia às dificuldades epistemológicas elencadas pelos entrevistados:

“Existe uma dificuldade de aceitar o” não “saber e a percepção de que a” parte não é o todo “(E15).

“Falta a cooperação dos profissionais porque muitos não entendem o que é um trabalho interdisciplinar. E aí às vezes fica difícil dividir uma tarefa que é de mais de uma especialidade. Acho que é um aprendizado mesmo! (E7)”.

Essas duas exposições são paradigmáticas para se entender a dificuldade que os profissionais têm de romper com a fragmentação na qual foram formados, onde a lógica visa a normatização, o controle dentro de uma perspectiva centrada no problema-solução / doença-cura, esses elementos entendidos a partir do paradigma biomédico.

Romper com esse paradigma requer um desejo pessoal, mas deve, fundamentalmente, ser incentivado pela instituição na forma de uma organização de serviços que rompa com a estagnação que ocorre nessa forma burocratizada e fragmentada de trabalho (Campos, 1992a; 1997; 2000).

Porém os trabalhadores denunciam uma convivência da instituição com determinadas categorias que perpetuam a forma de trabalho aqui exposta e facilitam o desencadeamento de dificultadores psicossociológicos no interior dos Centros de Saúde.

“Existe muito corporativismo em nosso meio. Acho que a Secretaria Municipal de Saúde, a gerência do Posto é muito conivente com isto. Não sei se eles querem mudar isto” (E2).

“De vez em quando acontece muito ciúmes entre os membros da equipe, existe a vontade de sobressair mais que o outro, isto até no campo pessoal” (E1).

“As pessoas não tratam o serviço como um todo, falta comprometimento, interesse por alguns projetos. No geral as pessoas são muito acomodadas” (E1).

“Alguns pensam que são diferentes, acham que sabem mais. Por isto acham que podem mandar ou ter mais poder. Eu fujo do trabalho com estas pessoas e acho que não sou só eu não. Ah! Aqui tem também aqueles que pensam que conhecendo político” tal ou qual “estão garantidos e podem fazer qualquer coisa. Isto só aqui mesmo!” (E3).

As dificuldades colocadas à interdisciplinaridade por esses entraves psicossociológicos também são descritas por Costa e Creutzberg (1999) como os de

mais difícil superação. Segundo elas, o preconceito, o medo da perda de poder e prestígio impedem a adesão dos profissionais a projetos interdisciplinares.

Os trabalhadores entrevistados ainda colocam como entrave os conflitos latentes que expressam uma competição entre os profissionais da mesma categoria e também entre os de outras categorias; o corporativismo; a acomodação; e o não comprometimento com os projetos de saúde.

Podemos avaliar os dois últimos fatores como resquício da idéia que imperou por muito tempo nos serviços públicos, ou seja, de eles funcionarem como instituições falidas sem projetos consistentes, onde se podia trabalhar agindo segundo a “lei do jeitinho brasileiro” - não trabalhar e receber – sustentado pelo apadrinhamento político bastante usual durante determinado período no país, durante o qual os serviços públicos se constituíam em cabides políticos de emprego.

Vasconcelos (2000) também elege os fatores citados pelos trabalhadores como problemáticos e alerta que eles criam barreiras profundas ao intercâmbio de saberes e às práticas interprofissionais colaborativas e flexíveis.

Ele ainda aponta um “imperialismo” reinante entre as profissões que tentam delimitar campos e “usurpar” competências. Temos como exemplo desse fato as diversas disputas entre conselhos profissionais pela posse de determinadas práticas.

Vasconcelos aponta como grave o fato de que as diversas profissões forjam identidades, que, como outras formas de identidade social, fornecem um lugar e segurança ao profissional, mas também o aprisionam em formas de agir e pensar fechadas, que restringem sua visão de mundo e, em alguns casos, dificultam sua vivência interdisciplinar. Podemos concluir que

“a emergência de novos paradigmas é geralmente percebida de início pelos profissionais como uma quebra em sua *segurança*, como uma exposição à fragilidade e ao confronto com as limitações da identidade já estabelecida, e a situações de não saber e não saber fazer, como ameaçando a estabilidade, o status adquirido e os interesses econômicos envolvidos. Assim, a tendência mais imediata e freqüente é de criarem defesas muito fortes à mudanças” (Vasconcelos, 2000: 4).

Parece-nos, porém, que alguns profissionais, indo além das dificuldades imediatas, querem correr o risco de sair de seus redutos e ir em busca de práticas interdisciplinares.

#### 4.2.5 – Fugindo do confinamento profissional - a busca da interdisciplinaridade

A posição do profissional retratada no título nos dá a medida exata do que seja para o trabalhador em saúde o encontro com projetos interdisciplinares.

Todos os profissionais entrevistados se consideram profissionais interdisciplinares. Eles apontam como características para um perfil do profissional interdisciplinar os seguintes pontos: interesse em outras clínicas; disposição para participar; abertura para ver os limites da sua especialidade e aceitar contribuições oriundas de outras especialidades; disposição para ouvir. Essas posições dos profissionais podem ser entendidas como disponibilidade para mudança.

Essa é também a opinião de muitos autores ( Fazenda, 1992, 1998; Costa et al, 1999; Japiassu, 1976; Gusdorf, 1976), que apresentam como fundamental a mudança de postura do profissional para o sucesso das práticas interdisciplinares. A flexibilidade, a busca de consenso e a vontade de aprender com o outro é citada pelos entrevistados:

“Estar aberto a incluir em seu trabalho contribuições de outras especialidades para uma visão mais ampla do mundo com todas as suas inter – relações” (E15).

“Saber ouvir, aceitar suas limitações, saber valorizar trabalho em equipe, saber tirar proveito dos pontos de vista diferentes e também contribuir com o outro” (E10).

Para Oliveira (2001), todos partilhamos instrumentos básicos para a aprendizagem, porém, em graus e formas diferenciadas. O trabalho interdisciplinar poderá propiciar essas aprendizagens se os profissionais derem conta de se despir dos preconceitos e dos rótulos de suas respectivas especialidades.

Não queremos dizer com isso que a disciplinaridade deva ser abandonada ou eliminada. Ao contrário, a interdisciplinaridade deve dar-lhe vida nova, retirando-a do seu gueto para abrir-lhe um campo de convivências críticas, possibilitando novas construções (cfr. Portella, 1995). Torna-se claro, diante disso, que o trabalho interdisciplinar exigirá do profissional uma competência maior em sua área para que ele possa contribuir de forma realmente efetiva para o projeto.

Essa proposta interdisciplinar não pode se constituir em uma exigência fechada, onde os profissionais saem da ditadura disciplinar e caem no imperialismo do interdisciplinar. Ela tem de ser um processo cambiante, um caminho aberto a ser

desbravado a cada dia, pois, de outra forma, perderia sua consistência e vertente inovadora.

Ser um profissional interdisciplinar é seguir o proposto por Leão (1992: 15) que nos alerta que o que está em jogo não é só o encastelamento em algumas posições herméticas, e, sim o pensamento e, conseqüentemente, nossa condição autônoma:

“A festa do pensamento é criar. O pensamento só pensa enquanto cria diferenças a partir da igualdade no seio de uma identidade”. Somente resguardando essa possibilidade torna-nos-emos autores de nossa própria prática.

## 5 - CONCLUSÃO

“O conhecimento não é uma máquina de criar certezas. Questionamento pode significar teimosia antecipatória, no sentido de não se aceitar uma história dada, determinada de fora, ou condições objetivas fatais. A capacidade de questionar é a prova mais contundente do sujeito, ou seja, de um ser que não admite ser ou tornar-se objeto” (Demo, 2000:25).

O questionamento sobre a concepção e a práxis da interdisciplinaridade entre os trabalhadores inseridos em equipes de saúde nos serviços estudados nos permitiu perceber os avanços e os impasses desse processo, possibilitando-nos tecer algumas considerações:

1 – A práxis da interdisciplinaridade como fundamental para a efetivação dos pressupostos estabelecidos pelo Sistema Único de Saúde. É urgente que os serviços de saúde públicos consigam criar formas de trabalho que considerem as reais necessidades de saúde dos sujeitos que os procurem, atendendo-os de forma mais humanizada, resguardando os princípios de equidade e integralidade (entre outros). Essa mudança, porém, que também representa uma disputa com o modelo hegemônico em saúde, só será possível diante da clareza da necessidade de novos projetos em saúde, aos quais se alie parte dos trabalhadores como sujeitos do processo de mudança.

2 – A construção de novos projetos não pode advir de esforços solitários dos profissionais. Ela deve ser alicerçada pelo apoio institucional, que deve possibilitar espaço de autonomia e criatividade para os profissionais, alavancando o processo de qualificação e formação de equipes no interior dos serviços. Para isso, é necessário romper com a prática histórica de apoio ao corporativismo e inovar as práticas de gestão.

Nos serviços estudados, percebe-se, pela exposição dos profissionais, o pouco incentivo que a Secretaria Municipal de Saúde do município dá para a construção desses projetos.

3 - É importante perceber a equivalência que se faz entre o trabalho multiprofissional e o trabalho em equipe. Deve-se ter claro que um não se superpõe ao outro. O trabalho multiprofissional pode ocorrer, como é visível em alguns momentos da

pesquisa, de forma esfacelada, fragmentária. O trabalho em equipe implica um trabalho coletivo, onde cada um coloque seus conhecimentos, sentimentos e expectativas em função de um objetivo partilhado. Logo, é mister que exista inter-relação entre os agentes, os usuários e o mundo vivido (sóciopsíquico) e que dessa inter-relação seja possível advir um processo de produção de vínculos e de saúde.

Ficou visível, como suposto na hipótese do trabalho, a percepção dos profissionais de que o objeto da saúde só pode ser abordado em um trabalho coletivo, que é fundamental, mas, como verificado, ainda existem vários dificultadores para sua efetivação.

4 – A estruturação das equipes em torno de programas específicos, nesses serviços, propicia a formação de projetos interdisciplinares. Comprovamos, assim, as proposições de Campos (1997) sobre a gestão das equipes em saúde, ou seja, implicar cada equipe em um projeto específico que venha responder aos problemas de saúde apresentados pela comunidade. A articulação da equipe na busca de estratégias para trabalhar esses problemas seria uma forma de constituí-la e de resgatar para os trabalhadores de saúde o sentido de sua obra. “Os trabalhadores de saúde são produtos do sistema de relações em que estão mergulhados, mas são, ao mesmo tempo, produtores deste mesmo sistema. Sujeito e objeto, no mesmo momento e em todo o tempo” (Campos, 1997:242).

5 – Outro ponto a ser destacado é a unanimidade entre os trabalhadores sobre a importância da interdisciplinaridade para o trabalho em saúde, mas sua dificuldade em defini-la. Ela é abordada como o encaminhamento de pacientes de um profissional para outro profissional, trabalho em equipe e a integração entre os profissionais.

Essa dificuldade em abordá-la e mesmo o equívoco apresentado em algumas definições geram distorções nas ações e nos levam a perceber que a ocorrência da interdisciplinaridade, nas instituições estudadas, é praticamente inexistente, excetuando-se os projetos específicos (Puericultura, Saúde Mental e Hanseníase). Não foi comprovada, então, nossa hipótese de inexistência absoluta de interdisciplinaridade nas equipes de saúde da rede básica, mas podemos afirmar que ela se faz presente mais no discurso e menos no fazer cotidiano das equipes.

Retomando as concepções expostas pelos profissionais, percebemos que a primeira - o encaminhamento de pacientes de um profissional para outro profissional – mais uma vez aponta a lógica de fragmentação do trabalho e mostra a exacerbação da disciplinaridade na prática. A segunda concepção – interdisciplinaridade como trabalho em equipe – retrata a grande confusão existente entre o trabalho em equipe multiprofissional e a interdisciplinaridade. É importante ressaltar que o trabalho em equipe multiprofissional pode ser a expressão da interdisciplinaridade e constituir campo propício para sua prática, mas a interdisciplinaridade vai além, constituindo-se nesse contexto, como a criação de novas formas de trabalho que busquem abranger a complexidade do objeto pela conjugação dos vários saberes envolvidos, e não pela sua justaposição.

Podemos avaliar que os Centros de Saúde deveriam se constituírem campos férteis para essa criação de novas tecnologias advindas da práxis coletiva se houvesse espaços de reflexão para esse fazer coletivo. Encontramos um embrião dessa tentativa nos projetos específicos do grupo de Puericultura e dos programas de Saúde Mental e Hanseníase. Observamos, desta forma, o convívio de práticas tradicionais com modelos mais progressistas.

6 – Não encontramos, de forma geral, entre os trabalhadores uma resistência a novas aprendizagens e ao trabalho interdisciplinar (eles o aceitam como positivo). Encontramos, sim, um enorme *“não saber como fazer”*. Essa postura nos aponta um processo de abertura em relação à hegemonia do modelo biomédico, que embasa as práticas tradicionais em saúde. Esse processo de mudança é marcado por avanços e retrocessos, pois continuam sendo embaraçados por diversos fatores. Entre eles, podemos citar a formação acadêmica fragmentada dos agentes que não encontram, nos serviços, treinamentos que possam ajudar na integração dessas formações e na sua adequação ao trabalho com a realidade apresentada e em equipe.

7 – As relações de poder que demarcam valorações diferenciadas e hierárquicas entre as diversas profissões são apontadas como outro dificultador à adesão aos projetos interdisciplinares. Temos de ter claro que essas relações, no interior dos serviços, apóiam-se basicamente no saber tido como verdadeiro e cientificamente comprovado - o saber médico. Romper com essa estrutura cristalizada gera



fantasias de perda de status e insegurança diante do novo, porém é a possibilidade de construção de novos processos de trabalho.

Sabemos que a interdisciplinaridade só se faz na intencionalidade, que se baseia no plano institucional, mas também e principalmente no desejo de cada profissional. Avaliamos que a disponibilidade de cada profissional para aderir a projetos desse cunho delineia sua forma de lidar com o saber. Seu desejo de saber (entendido aqui na vertente psicanalítica), seu diálogo particular com sua disciplina, sabendo-se construtor e construído por ela, fa-lo-á capaz de transitar pelos diversos saberes encontrados no interior das instituições ou o imobilizará em um saber engessado e uma prática estéril.

A postura interdisciplinar exige trocas entre os profissionais e a abertura para questionar e ser questionado, no respeito e reconhecimento mútuos.

8 – Devemos considerar, ainda, que a interdisciplinaridade não pode se constituir nos serviços de saúde como um modismo ou uma camisa de força para os trabalhadores. Deve ser uma construção reflexiva coletiva, que analise e problematize as práticas cotidianas e as relações de saber /poder no seu interior a fim de construir práticas mais efetivas e formas de trabalho mais satisfatórias para trabalhadores e usuários.

Podemos pensar se o processo de discussão coletiva dos profissionais já os remete para uma prática individual modificada, influenciada pela visão desse coletivo, o que já se constitui um pressuposto básico para que a interdisciplinaridade aconteça.

Voltar o olhar para sua prática, concomitantemente para a prática do outro, e pensar uma outra prática nessa interseção. A interdisciplinaridade pode estar se delineando em alguns momentos de discussão desses coletivos se não na ação, já no “*mundo das idéias*”.

Salvaguardamos o caráter preliminar dessas considerações e reiteramos a necessidade de estudos mais aprofundados sobre o tema.

Cabe, ainda, considerar que a interdisciplinaridade nos apresenta mais perguntas que respostas, constituindo-se, assim em um desafio a ser trabalhado por todos os profissionais de saúde.

## **5.1 – Sugestões para futuros trabalhos**

Sugerimos, como trabalho futuro, complementar ao tema, uma abordagem sobre as práticas interdisciplinares em equipes dos níveis secundário e terciário em saúde com o intuito de se fazer uma comparação entre essas abordagens em níveis mais especializados e o nível primário. Neste estudo seria interessante pesquisar se o uso de tecnologias (duras), que ocorrem em maior número nesses serviços, têm impacto sobre as práticas interdisciplinares.

Outro ponto de pesquisa seria um estudo comparativo sobre o grau de satisfação e qualidade de vida no trabalho em equipes com práticas cotidianas interdisciplinares e equipes que não adotam esta prática. Seria premente incluir neste estudo, aspectos que desvendassem como o particular e o coletivo se entrelaçam na prática cotidiana dos serviços de saúde.

## 6 - REFERENCIAS

ALMEIDA, G.E.S. **Pra que somar se a gente pode dividir?** Abordagens Integradoras em saúde, trabalho e ambiente. (dissertação de mestrado) Escola Nacional de Saúde Pública – FIOCRUZ, Rio de Janeiro, 2000. 100p.

ALVARENGA, A.T. A saúde pública como campo de investigação interdisciplinar e a questão metodológica. **Rev. Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 3, n.2, p. 23 – 41, 1994.

BAREMBLITT, G. F. (org.) **Grupos, teoria e técnica**. Rio de Janeiro: Graal, 1982.

BRASIL. Constituição (1988) **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília: Senado Federal, 1988. 292 p.

CAMPOS, F. E. **Resolutividade**: uma aproximação à avaliação qualitativa dos serviços de saúde (tese de doutorado) Escola Nacional de Saúde Pública – FIOCRUZ, Rio de Janeiro, 1988. 250p.

CAMPOS, G.W. S. **Reforma da reforma**: repensando a saúde. . 1ed. São Paulo: Hucitec, 1992a. 220p.

----- Modelos de atenção em Saúde Pública: um modo mutante de fazer saúde. **Rev. Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, n.37, p. 16 – 19, dez. 1992b.

----- Subjetividade e administração de pessoal: considerações sobre modos de gerenciar trabalho em equipes de saúde. In: MERHY E.E.; ONOCKO,R. **Agir em saúde** – um desafio para o público. 1ed. São Paulo: Hucitec, 1997. 385p.

----- **Um método para análise e co – gestão de coletivos**. 1ed. São Paulo: Hucitec, 2000. 236p.

CONSELHO Regional de psicologia. Resolução CFP Nº014/00 - 20/12/2000. **Jornal do Psicólogo**. Belo Horizonte, ano 19, nº 73, p.13. ago/2002

CASTELLO, F.G. Grupo sadio e organização neurótica: quem é dono do destino? In: MOSCOVICCI, F. **Equipes dão certo** – a multiplicação do talento humano. 3 ed. Rio de Janeiro: José Olympio, 1996.

COSTA, A.M.; CREUTZBERG, M. Interdisciplinaridade: percepção de integrantes de um programa de promoção e atenção à saúde. **Rev. Gaúcha Enfermagem**, Porto Alegre, v.20, n. esp., p.58-69,1999.

DEMO, P. Conhecimento e aprendizagem na universidade. In: TOMELIN, H.; GOMES, J. ( org.) **Educação - gestão do conhecimento e da aprendizagem**. 1ed. Belo Horizonte: Una Ed.,2001. 245p.

DEMO, P. **Metodologia científica em ciências sociais**. 3 ed. São Paulo: Atlas, 1985.296p.

----- **Saber Pensar**. 1 ed. São Paulo: Cortez, 2000. 160p.

FAZENDA, I.C.A. **Interdisciplinaridade**: história, teoria e pesquisa. 4 ed. Campinas: Papirus, 1998. 143p.

-----.(coord.) **Práticas interdisciplinares na escola**. 1ed. São Paulo: Cortez, 1992.147p.

FEUERWERKER, L.C.M.; SENA, R.R. Interdisciplinaridade, trabalho multiprofissional e em equipe. Sinônimos? Como se relacionam e o quem têm a ver com a nossa vida? **Olho Mágico**, Londrina, v.5, n. 18, p. 5 –6, mar. 1998.

FOLLARI, R. Algumas considerações práticas sobre interdisciplinaridade. In: **Interdisciplinaridade – Para além da Filosofia do Sujeito**. 5 ed. Petrópolis,: Vozes, 1995. 203p.

FORTUNA, C. M. **O trabalho de equipe numa unidade básica de saúde**: produzindo e reproduzindo-se em subjetividades em busca do desejo, do devir e de singularidades. (dissertação de mestrado) Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto / USP. Ribeirão Preto, 1999. 236p.

FOUCAULT, M. O nascimento do hospital. In: **Microfísica do poder**. 5 ed. Rio de Janeiro: Graal, 1985.

FRANCO, T.;MERHY.E.E. **PSF**: Contradições e novos desafios. Disponível em: <<http://www.datasus.gov.br/cns/temas/tribuna/PsfTito.htm>> Brasília: Ministério da Saúde, 2000. cesso em 07/08/2002.

GOMES, R.; DESLANDES, S.F. Interdisciplinaridade na Saúde Pública: um campo em construção. **Rev. Latino-Americana. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v.2, n.2, p.103-114, jan.1994.

GUSDORF, G. Prefácio. In: **Interdisciplinaridade e patologia do saber**. 1ed Rio de Janeiro: Imago. 1976. 220p.

JANTSCH, A.P. ; BIANCHETTI, L. Interdisciplinaridade para além da Filosofia do Sujeito . In: **Interdisciplinaridade – Para além da Filosofia do Sujeito**. 5 ed. Petrópolis: Vozes, 1995. 203p.

JAPIASSU, H. **Interdisciplinaridade e patologia do saber**. Rio de Janeiro: Imago. 1ed. 1976.220p.

LAKATOS, E.V.; BRUTSCHER, S.M. O conceito saúde-doença analisado através dos tempos e a prática previdenciária no Brasil. **Rev. Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v.24, n.54, p. 75 – 98, jan./ abr. 2000.

LEÃO, E.C. Para uma crítica da interdisciplinaridade. **Rev. Tempo Brasileiro**, Rio de Janeiro, v.111, p.5-19, out. - dez. 1992.

LEITE, J. C. A. **O trabalho da enfermeira na equipe de saúde da família**: em busca da interdisciplinaridade. Dissertação de mestrado, UFMG, 2001. 243p.

LOBOSQUE, A.M. **Princípios para uma clínica antimanicomial e outros escritos**. 1ed. São Paulo: HUCITEC, 1997.96p.

LUNA, S.V. **Planejamento de pesquisa**: uma introdução. São Paulo: EDUC, 2000. 108 p.

LUZ, M. T. A produção científica em ciências sociais e saúde: notas preliminares. **Rev. Saúde em debate**, Rio de Janeiro, v. 24, n.55, p. 54-68, maio/ ago. 2000.

MARCONI, M.A. ; LAKATOS, E.M. **Técnicas de pesquisa**: planejamento e execução de pesquisas, amostragens e técnicas de pesquisa, elaboração, análise e interpretação de dados. 2ed. São Paulo: Atlas, 1990. 231p.

MENDES – GONÇALVES, R.B. Práticas de saúde: processos de trabalho e necessidades. São Paulo: Centro de Formação dos Trabalhadores em Saúde da Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo, 1992. 53p. (cadernos **CEFOP**, 1 – Série Textos).

MENDES, E. V. A descentralização como processo social. In: Kalil, M.E.X. (org.) **Saúde Mental e Cidadania no Contexto dos Sistemas Locais de Saúde**. São Paulo: Hucitec, 1992. 232p.

MERHY, E. E. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde. In: MERHY E.E.; ONOCKO,R. **Agir em saúde** – um desafio para o público. 1ed. São Paulo: Hucitec, 1997. 385p.

MINAYO, M. C.S. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. 6ed. São Paulo: Hucitec, Rio de Janeiro: Abrasco, 1999. 269p.

----- Interdisciplinaridade: uma questão que atravessa o saber, o poder e o mundo vivido. **Medicina**, Ribeirão Preto, v. 24, n. 2, p. 70 – 77, abr / jun., 1991.

NOGUEIRA,R.P. O trabalho em serviços de saúde. In: SANTANA,J.P.(org.) **Organização do cuidado à partir de problemas**: uma alternativa metodológica para a atuação da equipe de Saúde da Família. Brasília: Organização Pan- Americana de Saúde, 2000.p.59 – 63.

NUNES, E.D. A questão da interdisciplinaridade no estudo da saúde coletiva e o papel das ciências sociais. In: CANESQUI, A. M. **Dilemas e desafios das ciências sociais na saúde coletiva**. São Paulo: Hucitec, 1995. p. 95 – 113.

PEDUZZI, M. Equipe multiprofissional de saúde: conceito e tipologia. **Rev. Saúde Pública**, v.35, n. 1, p. 1 - 11 São Paulo, fev., 2001.

PEDUZZI, M. **Equipe multiprofissional de saúde: a interface entre trabalho e interação.** 1998. 254f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas, Campinas.

PEDUZZI, M.; SCHRAIBER, L.B. Tendências e possibilidades da investigação de recursos humanos em saúde no Brasil. **Rev Educ. Méd. Salud**, v. 27, n.3, p.295 – 313, 1993.

PIRES, D. **Processo de trabalho em saúde, no Brasil, no contexto das transformações atuais na esfera do trabalho:** estudo em instituições escolhidas. (tese de doutorado) Instituto de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 1996. 335p.

PORTELLA, E. A liberdade da disciplina. **Rev. Tempo Brasileiro**, Rio de Janeiro, v.121, p.5- 6, abr./ jun. 1995.

PREFEITURA MUNICIPAL DE CONTAGEM. **Contagem:** muita história pra contar. 1ed. Secretaria Municipal de Educação e Cultura. Contagem, 2000. p.25

ROSEN, G. **Uma história da Saúde Pública.** São Paulo: Hucitec, 1994.

SALLES, P.E.M. Novos cenários da globalização e do trabalho. **Rev. Camiliana da Saúde**, Rio de Janeiro, v.1, n.1, p. 10-17, jan./ jun. 2002.

SCHNEIDER, J.F.; DURMAN, S.; DIAS, T.A. A interdisciplinaridade e a família do indivíduo em sofrimento psíquico. **Rev. O mundo da Saúde**, São Paulo, v.25, n.3, p.310 – 315, jul / set. 2001.

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE CONTAGEM. **Projeto de Saúde Mental do Município de Contagem.** Contagem, 2002. 22p.

SEVERINO, A.J. O uno e o múltiplo: o sentido antropológico do interdisciplinar. In: **Interdisciplinaridade** – Para além da Filosofia do Sujeito. 5 ed. Petrópolis: Vozes, 1995. 203p.

SIEBENEICHLER, F.B. Encontros e desencontros no caminho da interdisciplinaridade: G. Gusdorf e J. Habermas. **Rev. Tempo Brasileiro**, Rio de Janeiro, n.125, p.153 – 180, abr – jun., 1995.

TEIXEIRA, C.F. **Modelos de atenção voltados para a qualidade, efetividade, equidade e necessidades prioritárias de saúde.** Brasília: Ministério da Saúde, 2000. Disponível em: < [http://www.saude.gov.br/11cns/cns\\_modelos\\_atencao.htm](http://www.saude.gov.br/11cns/cns_modelos_atencao.htm) Acesso em 15/04/2002

VASCONCELOS, E.M. **Serviço social e interdisciplinaridade:** o exemplo da saúde mental. Disponível em: < [http://www.cfch.ufrj.br/jor\\_pesq/Praticas/mourao.html](http://www.cfch.ufrj.br/jor_pesq/Praticas/mourao.html)> Acesso em 15/04/2002.

VERGARA, S.C. **Gestão de pessoas.** 1 ed. São Paulo: Atlas, 1999.171p.

YIN, R. K. **Estudo de caso** – planejamento e métodos. 2 ed. Porto Alegre: Bookmam, 2001. 205p.

## **APÊNDICE A – Roteiro de entrevista realizada com Coordenadores da Secretaria Municipal de Saúde e Gerentes de Postos de Saúde**

Universidade Federal de Santa Catarina / Instituto Izabella Hendrix

Mestrado em Engenharia de produção – ênfase em Psicologia das organizações

*Entrevista a ser realizada como parte da elaboração da dissertação de Mestrado  
“Interdisciplinaridade e equipes de saúde”*

### **I – Caracterização do município**

a) Número de habitantes:

### **II - Caracterização ações de saúde no município:**

b) Como se organiza a saúde no município?

c) Nº de equipamentos de saúde: ----- PS -----PSF -----  
Policlínicas ----- Hospitais ----- centros de referência / especificar

d) Nº de profissionais de saúde: ----- nível superior ----- nível médio (por categoria profissional)

e) Nº de DS: ----- Como foi feita esta divisão?

f) Como você avalia a assistência prestada pelo município? Principais problemas.

g) Qual a visão da instituição sobre os trabalhadores de saúde?

h) Existe algum mecanismo de avaliação da satisfação dos trabalhadores da saúde com o seu trabalho? Qual é? Como funciona? Existem queixas em relação ao funcionamento das equipes de trabalho?

i) Como você vê a questão da interdisciplinaridade na saúde de Contagem, especificamente na rede básica? A SMS tem alguma ação neste sentido?



### III - Caracterização do Distrito Sanitário Centro:

a) Nº de habitantes:

b) área de abrangência:

c) nº de equipamentos de saúde: ----- PS ----- PSF ----- Policlínicas -----  
Hospitais ---- Serviços de referência

d) Nº de profissionais: ----- nível superior ----- nível médio (por categoria  
profissional)

e) Objetivos dos Postos de Saúde.

## APÊNDICE B – Roteiro de entrevista realizada com os profissionais de saúde

Universidade Federal de Santa Catarina / Instituto Izabella Hendrix

Mestrado em Engenharia de produção – ênfase em Psicologia das organizações

*Entrevista a ser realizada como parte da elaboração da dissertação de Mestrado  
“Interdisciplinaridade e equipes de saúde”*

Caro Profissional de Saúde,

Sua participação é fundamental e imprescindível e desde já, lhe agradeço sua participação. Quando do término do trabalho, se for de seu interesse, gostaria de estar lhe enviando uma cópia das conclusões para possíveis estudos e aplicações em seu campo de trabalho.

Obrigada,

Rosemary Pereira Costa

(Mestranda da Universidade Federal de Santa Catarina / Instituto Izabella Hendrix- Engenharia de produção – ênfase em Psicologia das organizações)

Data:

Instituição:

### 1 – Identificação

1.1 – Idade:

( ) 20 – 30 ( ) 30 – 40 ( ) 40 – 50 ( ) acima de 50

1.2- Sexo:

( ) fem. ( ) masc.

### 2 – Formação

2.1- Profissão:

( ) médico - especialidade: -----

( ) enfermeiro

( ) assistente social

( ) psicólogo

( ) técnico de enfermagem

( ) auxiliar de enfermagem

( ) outro -----

**2.2- Escolaridade:**

☐ 1º grau   ☐ 2º grau   ☐ 3º grau

**2.3 - Cursos de pós-graduação:**

☐ especialização

☐ mestrado

☐ doutorado

☐ pós-doutorado

**2.4 – Tempo de exercício profissional:**

☐ 1 – 5 anos

☐ 5 – 10 anos

☐ 10 – 15 anos

☐ + 15 anos

**2.5 – Você participou de cursos, congressos, seminários multiprofissionais, nos últimos 5 anos?**

☐ sim. Quais?

☐ não. Por que?

**2.6 – Você elaborou trabalhos científicos, nos últimos 5 anos?**

☐ sim –        individual        com parceria multiprofissional        com parceiros da mesma profissão

☐ não

**2.7 – Existem grupos de estudo e/ ou reuniões científicas promovidos pela instituição?**

☐ sim

☐ não

**2.8 – Você participa destes encontros?**

☐ sim

☐ não Por que?

**3 – Trabalho na instituição**

3.1 – Tempo de trabalho na instituição:

- ☐ ) menos de 1 ano
- ☐ ) 1 – 5 anos
- ☐ ) 5 – 10 anos
- ☐ ) 10 – 15 anos
- ☐ ) + 15 anos

3.2 – Modo de ingresso na instituição:

- ☐ ) concurso público
- ☐ ) indicação
- ☐ ) outra -----

3.3 – Você teve algum treinamento ao ingressar na instituição?

- ☐ ) sim– administrado por profissionais da SMS administrado por profissionais do próprio serviço
- ☐ ) Não

3.4 – Quais tarefas você realiza cotidianamente em sua jornada de trabalho?  
(você pode numerar – começando pelo nº 1 para a atividade que mais realiza)

- ☐ ) atendimento individual ao paciente
- ☐ ) atendimento em grupos de educação em saúde sozinho em parceria com a equipe multiprofissional
- ☐ ) participação em reuniões de planejamento
- ☐ ) participação em reuniões de avaliação do trabalho
- ☐ ) outras \_\_\_\_\_

3.5– Você considera que existe trabalho coletivo / em equipe nesta instituição?

- ☐ ) Sim Por que?
- ☐ ) Não Por que?

3.6 - Existem reuniões de equipe multiprofissional nesta instituição?

- ☐ ) Sim Periodicidade: -----
- ☐ ) Não

3.7– Quem coordena o trabalho em equipe?

- ☐ ) gerente
- ☐ ) enfermeiro
- ☐ ) assistente social
- ☐ ) psicólogo
- ☐ ) médico
- ☐ ) técnico de enfermagem
- ☐ ) outro -----

3.8– Como é feita a escolha da coordenação da equipe?

- ☐ ) pela SMS
- ☐ ) pelos trabalhadores de saúde
- ☐ ) surge como líder naturalmente
- ☐ ) a partir do planejamento a ser desenvolvido

3.9– Em que situações ocorre maior integração da equipe? (numere, começando pelo nº 1 para a ação de maior integração).

- ☐ ) no atendimento de pacientes
- ☐ ) na discussão de casos
- ☐ ) no planejamento das ações
- ☐ ) nos momentos de lanche/ descanso
- ☐ ) nas comemorações de datas festivas
- ☐ ) outra -----

3.10 – O trabalho de outros profissionais influencia no seu trabalho?

- ☐ ) Sim -       positivamente       negativamente
- Como?

☐ ) Não

3.11- O trabalho de um profissional predomina sobre os demais?

- ☐ ) Sim   Categoria profissional: -----
- Por que?

☐ ) Não

3.12 – Você considera que o trabalho nesta equipe propicia novas aprendizagens?

- ☐ ) Sim -   Como/ quando elas ocorrem?
- ☐ ) Não - Por que?

3.13– Existe um planejamento das ações de saúde nesta instituição?

( ) Sim

( ) Não

3.14 - Quem participa da elaboração do planejamento?

( ) SMS

( ) Toda a equipe

( ) gerência da unidade

( ) a enfermagem

( ) usuários

3.15– Como é avaliado o trabalho de equipe realizado nesta unidade?

---

## **4 – Interdisciplinaridade e equipe**

4.1 – O que você compreende por interdisciplinaridade?

4.2 – Você considera que ocorre interdisciplinaridade na sua equipe de trabalho?

( ) Sim - Como e quando ela ocorre?

( ) Não - Por que?

4.3 – Você observa pontos positivos no trabalho interdisciplinar? E pontos negativos?

4.4 – O que dificulta a realização de trabalhos interdisciplinares?

4.5 – Você se considera um profissional interdisciplinar? O que caracteriza um profissional interdisciplinar?